

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika pro vychovatele

Kód oboru: 7506R029

Název bakalářské práce:

SPORTOVNÍ AKTIVITY JEDINCŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

SPORT ACTIVITIES OF CLIENTS WITH MENTAL PROBLEMS

Autor:

Lenka Kolstrunková
U Hřiště 118
471 03 Kravaře

Podpis autora: _____

Vedoucí práce: Ing. Zuzana Palounková

Počet:

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	příloh
71	0	12	6	32	2 + 1 CD

CD obsahuje celé znění bakalářské práce.

V Liberci dne: 30.11. 2007

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení:

Lenka Kolstrunková

Adresa:

U Hřiště 118, 471 03 Kravaře

Studijní program:

Speciální pedagogika

Studijní obor:

Speciální pedagogika pro vychovatele

Kód oboru:

75 06 R029

Název práce:

SPORTOVNÍ AKTIVITY JEDINCŮ
S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Název práce v angličtině:

SPORT ACTIVITIES OF CLIENTS WITH
MENTAL PROBLEMS

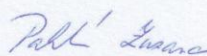
Vedoucí práce:

Ing. Zuzana Palouňková

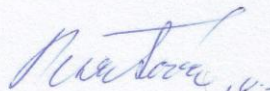
Termín odevzdání práce:

30.11. 2007

Bakalářská práce musí splňovat požadavky pro udělení akademického titulu „bakalář“ (Bc.).

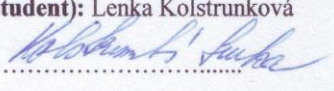

vedoucí bakalářské práce


děkan FP TUL


vedoucí katedry

Zadání převzal (student): Lenka Kolstrunková

Datum: 16. 05. 2007

Podpis studenta: 

Cíl práce:

Zmapování a využívání sportu u jedinců s mentálním postižením.

Základní literatura:

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

ŠVINGALOVÁ, D. *Teorie a praxe případové práce ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Liberec: Vysokoškolský podnik s.r.o., 2004. ISBN 80-7083-819-1.

VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do vývojové psychopatologie III*. 1. vyd. Liberec: TUL, 2003. ISBN 80-7083-669-5.

ŠVARCOVÁ, J. *Aktuální otázky psychopedie*. 1. vyd. Liberec: TU V Liberci, 1998. ISBN 80-7083-272-X.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 30. listopadu 2007

Podpis:

Poděkování

Děkuji tímto paní Ing. Zuzaně Palounkové za její cenné rady, připomínky a odbornou pomoc, kterou mi poskytla při vypracování mé bakalářské práce.

V Liberci, dne 30.listopadu 2007

Název bakalářské práce: Sportovní aktivity jedinců s mentálním postižením

Název bakalářské práce: Sport activities of clients with mental problems

Jméno a příjmení autora: Lenka Kolstrunková

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2007/2008

Vedoucí bakalářské práce: Ing. Zuzana Palounková

Resumé:

Bakalářská práce se zabývala využitím sportovních aktivit u klientů v ústavech sociální péče a u žáků základních škol speciálních a vycházela z nových trendů. Jejím cílem bylo zmapování a využívání sportu u jedinců s mentálním postižením. Práci tvořily dvě stěžejní části. Část teoretická, která objasňovala pojem mentální retardace, její dělení, příčiny vzniku, diagnostiku a v neposlední řadě systém výchovy a vzdělávání osob s mentálním postižením. Zaměřena byla také na význam sportovních aktivit u jedinců s mentálním postižením a druhy tělesné výchovy. Praktická část zjišťovala pomocí nestandardizovaných dotazníků u vedoucích pracovníků ústavů sociální péče a základních škol speciálních využívání sportovních aktivit jejich klientů. Výsledky ukázaly, že ačkoliv se dnešní společnost ubírá jiným směrem a tím je zapojení handicapovaných jedinců do pracovního procesu, i přesto se v těchto zařízeních najde možnost zapojit jedince do sportovních aktivit a věnovat se sportu.

Klíčová slova:

Mentální retardace, klasifikace mentálního postižení, sportovní aktivity, pohybové aktivity, tělesná výchova, výchova a vzdělávání, sociální péče.

Summary:

The bachelor work dealt with usage of sport activities of clients at instituts for welfare of pupil sof elementary special schools. It reposed on new trends. Its aim was Maliny out and usány of sport activities of clients with mental probléme. The work was composed of two pivotal parts. The theoretic part what cleared up the conception of mental retardation, its dividing, reasons of origin, diagnostics and last but not least system of education of persons with mental problems. Also it was directed to meaning of sport activities of clients with mental problems and kinds of gymnastics. The practical part found up using of sport activities of clients with mental probléme at instituts for welfare and at elementary speciál schools by means of substandard questionnaires for manager sof the instituts and schools. Results showed that in these institutions can be found a posibility of involvement of persóna in sport activities although our society takes another way, namely involvement of handicaped persóna in working process.

Key words:

Mental retardation, classification of mental probléme, sport activities, motive activities, gymnastics, education, welfare.

Struktura práce

1 Úvod	9
2 Teoretické zpracování problému	11
2.1 Definice pojmu mentální retardace	11
2.2 Příčiny vzniku mentálního postižení a četnost výskytu v populaci	12
2.3 Diagnostika a klasifikace mentálního postižení	16
2.4 Charakteristika mentálně retardovaných	21
2.5 Současný systém výchovy a vzdělávání s mentálním postižením	22
2.6 Sociální péče o jedince s mentálním postižením	25
2.7 Druhy tělesné výchovy	30
2.7.1 Tělesná výchova výběrová	30
2.7.2 Tělesná výchova základní	30
2.7.3 Tělesná výchova zdravotní	31
2.7.4 Tělesné výchova léčebná	37
2.8 Sportovní aktivity	38
2.8.1 Sportovní aktivity vhodné pro jedince s mentálním postižením	39
2.8.2 Význam sportovních aktivit	44
3 Praktická část	51
3.1 Cíl praktické části	51
3.2 Popis výběrového vzorku	51
3.3 Použité metody	52
3.4 Stanovené předpoklady	53
3.5 Interpretace získaných dat	54
3.5.1 Existence vlastního sportovního klubu	54
3.5.2 Pravidelnost výkonu sportovních aktivit	55
3.5.3 Účast na sportovních akcích	57
3.5.4 Účast na sportovních akcích v zahraničí	58
3.5.5 Struktura sportovních aktivit	59
3.6 Shrnutí výsledků praktické části a diskuse	61

4 Závěr	65
5 Navrhovaná opatření	67
6 Seznam použitých zdrojů	69
7 Seznam příloh	71

Motto: „ I když mentálně postižení mohou zvítězit nad svým osudem, nikdy nemohou zvítězit nad naší lhostejností. “

John Fitzgerald Kennedy

1 Úvod

V běžném životě potkáváme jedince, kteří se nějakým způsobem odlišují od většiny. Tito jedinci ve vztahu k většinové populaci tvoří minoritu. Právě mezi ně patří také jedinci s mentálním postižením.

Je důležité mentálně postižené zapojit do různých činností. Právě sportovním aktivitám byla dříve věnována dostatečně velká pozornost. V poslední době je kladen důraz především na činnosti pracovní, na začlenění mentálně postižených mezi ostatní populaci. Samozřejmě je často využito i ostatních činností jako hudba, tanec, výtvarné vyjádření, především keramika a podobně. Sportovním aktivitám v některých ústavech není věnováno již tolik pozornosti, kolik by si zasloužily. Relaxace při sportovních aktivitách přináší klientům radost ze hry, pocit úspěchu, začlenění do kolektivu. Aktivity tělesné zde mají přímou souvislost s aktivitami mentálními a navzájem se ovlivňují.

Bakalářská práce se zabývá sportovními aktivitami u mentálně postižených jedinců. Cílem je zmapování a využití sportu u jedinců s mentálním postižením. Bakalářská práce začíná teoretickou částí, která popisuje problematiku mentálního postižení, jeho příčiny a klasifikaci, možnosti výchovy, vzdělávání, ústavní péče a možnosti využití sportovních aktivit jedinců s mentálním postižením. Podává také teoretické poznatky o pojmu zdravotní tělesná výchova a uplatnění sportu pro rozvoj jedinců s mentálním postižením. Dále popisuje různé druhy sportu, které jsou vhodné pro jedince s mentálním postižením.

Praktická část bakalářské práce si klade za cíl zjistit využívání sportovních aktivit v péči o jedince s mentálním postižením, zmapování a využívání sportu u jedinců s mentálním postižením, které jsou preferovány v základních školách speciálních a ústavech sociální péče, a jejich porovnání.

2 Teoretické zpracování problému

2.1 Definice pojmu mentální retardace

Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Je definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem výchovně stimulován. Hlavními znaky mentální retardace jsou nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a z toho vyplývající obtížnější adaptace na běžné životní podmínky. Limitovaný rozvoj rozumových schopností bývá spojen s postižením či změnou dalších schopností a s odlišnostmi ve struktuře osobnosti. (Vágnerová, 2004, s. 289)

Mentálním postižením nebo mentální retardací nazýváme trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.

V současné době se pro označení snížení rozumových schopností nejčastěji užívá termín mentální retardace, který navozuje představu určité dočasnosti opožďování ve vývoji, napomáhá k překonávání fatalistických názorů na možnost překonávání tohoto handicapu, naznačuje relativnost a plynulost opožďování, a zejména na rodiče dětí působí více optimisticky než termín postižení, který vyvolává pocit trvalosti a nezměnitelnosti stavu dítěte.

Termín mentální retardace byl zaveden Americkou společností pro mentální deficienci ve třicátých letech minulého století. Pojem mentální retardace se začal šířeti používat v odborné terminologii po konferenci Světové zdravotnické organizace v roce 1959 v Miláně v zájmu pojmového a terminologického sjednocení zainteresovaných vědních oborů.

Na této konferenci se zástupci jednotlivých vědních oborů shodli na tom, že mentální retardace jako interdisciplinární termín velice dobře vystihuje medicínské, psychologické, pedagogické a sociální aspekty mentálně postižených jedinců od narození po smrt.

Tento pojem byl později také přijatý v roce 1992 mezinárodní klasifikací duševních poruch a nemocí jako diagnostická kategorie (psychická porucha) a měl by být tedy důsledně používán všemi zainteresovanými odborníky. (Švingalová, 2006, s. 19)

Současná psychologie mentální retardace vychází ze stále se rozvíjejícího poznání specifických zvláštností psychiky mentálně retardovaných, které sice více či méně závažně omezují jejich kognitivní procesy, ale nezřídka jim umožňují žít bohatým emocionálním životem, poměrně málo se lišícím od života nepostižených jedinců. Psychika mentálně retardovaných v sobě skrývá řadu dosud neodhalených možností v oblasti specifických vloh, kreativity, intuice, empatie apod.

Každý mentálně retardovaný jedinec má jiné lidské potřeby, je svébytnou osobností a každý má jiný vývojový potenciál, který musíme respektovat a podporovat a napomáhat k jeho rozvíjení. (volně podle Švarcové, 2001)

2.2 Příčiny vzniku mentálního postižení a četnost výskytu v populaci

Příčinou vzniku mentální retardace je postižení centrální nervové soustavy. Tato porucha může vzniknout různým způsobem, její etiologie se projeví kvalitativně i kvantitativně v klinickém obrazu, tj. závažností postižení a převažující symptomy. Jde o multifaktoriálně podmíněné postižení, na jeho vzniku se může podílet jak porucha genetických dispozic, které vedou k narušení rozvoje CNS, tak nejrůznější exogenní faktory, které poškodí mozek v rané fázi jeho vývoje. Obě složky působí ve vzájemné interakci. (Vágnerová, 2004, s. 290)

Hereditární – dědičné vlivy

Příčinou vzniku mentálního postižení jsou specifické genetické příčiny, jejich vlivem dochází k mutaci genů, k aberaci chromozomů či změnám v jejich počtu. (Volně podle Valenty a Millera, 2004) Patří sem především poruchy způsobené vlivem poruch metabolismu jako je fenilketonurie, galaktosemie, apod. K nejčastějším poruchám patří syndromy způsobené změnou počtu chromozomů. Mezi nejznámější patří Downův syndrom. Další příčinou mentálního postižení je změna počtu pohlavních chromozomů. Sem patří například Klineferův syndrom, Turnerův syndrom nebo Lesch – Nyhanův syndrom. Mezi hereditární faktory patří také mentální postižení na základě polygenní dědičnosti způsobené vlivem mnoha genů malého účinku, které se vyznačuje podprůměrnou nebo lehce postiženou inteligencí. Typická je snížená inteligence u většiny členů rodiny.

Teratogenní příčiny

Příčinou jsou škodlivé látky bez genetické povahy, které způsobují vrozené nebo časně získané vady. Dělí se na příčiny podle charakteru a podle doby působení (volně podle Švingalové, 2003):

Podle charakteru:

Fyzikální vlivy nebo faktory, mezi něž patří úrazy, rentgenové záření, mechanické poškození mozku při porodu (hypoxie – nedostatek kyslíku, krvácení do mozku).

Chemické, které ovlivňuje přírodní prostředí, nikotin, drogy, alkohol (může dojít k tzv. fetálnímu alkoholovému syndromu), léky užívané v těhotenství.

Biologické, které zahrnují hormonální poruchy, placentární poruchy (způsobují nedostatek kyslíku nebo nedostatečnou výživu), virové choroby (nejznámější je greggův syndrom, což je poškození embrya zarděnkami), prenatální infekce (toxoplasmóza, pásový opar, tuberkulóza, syfilis, apod.).

Podle doby působení:

V období prenatálním působí teratogeny prostřednictvím organismu matky, je to období intenzivního vývoje a zvýšené citlivosti na teratogenní působení, proto jsou poškození velice závažná, hlavně v období embryonálním (1. trimestr).

Patří sem vrozené vady lebky a mozku (mikrocefalie – malá lebka, anecefalie – nevyvinutí mozku, hydrocefalie – stlačování mozku vlivem zvýšeného množství mozkomíšního moku).

Období perinatální to je období porodu a krátce po porodu, kdy vlivem patologického porodu nebo nešetrně vedeným porodem může dojít k hypoxii či asfyxii (nedostatku kyslíku), k mechanickému poškození mozku vlivem velké mechanické síly působící na hlavičku plodu nebo k infikování plodu při porodu.

Období krátce postnatální je v době po narození. Poškození mozku může způsobit úraz (úder do hlavy, tonutí), otrava (např. olovo, rtuť nebo jiné toxiny v životním prostředí), záněty mozku (meningitida, meningoencefalitida) apod..

Rizikové těhotenství a rizikový novorozenec

K mentální retardaci mohou vést faktory, které úzce souvisejí s problematikou rizikového těhotenství a rizikového novorozence. Ženy v dnešní společnosti odsouvají mateřství na pozdější dobu.

Věnují se nejprve budování kariéry a věkem (nad 35 let) se pak už dostávají do kategorie rizikových těhotenství. Vyšší věk matky není samozřejmě jediným faktorem rizikového těhotenství. Dalším, v dnešní době dosti rozšířeným je sterilita a s ní spojená léčba a v případě úspěchu mnohočetné těhotenství. Mezi další faktory patří také: (volně podle Švingalové, 2003)

- Nesoulad Rh faktoru u negativní matky a pozitivního plodu (může dojít k těžké novorozenecké žloutence, která může způsobit poškození nervové soustavy).
- Nízký věk matky (nezralost v mateřství).
- Onemocnění matky (cukrovka, onemocnění srdce, vysoký tlak, apod.).
- Krvácení v těhotenství, opakované spontánní potraty, předčasný porod.
- Negativní vliv některých léků.
- Tělesná výška pod 155 cm.

S rizikovým těhotenstvím souvisí rizikový novorozenec. Rizikový (ohrožený) novorozenec je pojem, kterým se obvykle rozumí nehomogenní skupina dětí, které se narodily z rizikového těhotenství s možným zdravotním ohrožením, vadou či nemocí, které mají rozdílnou příčinu. (Švingalová, 2002, s. 25)

Patří sem novorozenec:

- Po problematickém porodu (pomocí kleští, porodu koncem pánevním, apod.).
- Po předčasném porodu (před 37. týdnem těhotenství) nebo s porodní hmotností menší než 2500g.
- Přenošený novorozenec nebo novorozenec s porodní hmotností vyšší než 4500 g (riziko nedostatku kyslíku a živin sníženou funkcí placenty, komplikovaný porod vlivem větší porodní váhy).
- S vrozenými vadami.
- Nemocné matky.
- Matky s rizikovým těhotenstvím.

Výzkum pro zjištění všech možných příčin mentální retardace není u konce. Pomocí stále dokonalejších přístrojů se lékaři a odborníci snaží objasnit další možné příčiny mentálního postižení, ale stále zůstává, jak uvádí Valenta a Miller (2004) přibližně u třetiny osob s mentálním postižením příčina nejasná. Švarcová (2000) dokonce uvádí, že až 80% případů mentální retardace, převážně v pásmu lehkého poškození, má neznámý, resp. neurčený původ.

➤ **Četnost výskytu mentálního postižení v populaci**

V populaci se vyskytují přibližně 3% mentálně postižených lidí. Jejich četnost se liší v závislosti na míře defektu, nejčastěji jde o lehký stupeň mentální retardace, kterou trpí 70% všech takto postižených lidí.

Závažnější formy jsou vzácnější. Chlapci i dívky bývají postiženi v přibližně stejné míře, občas je uváděna o něco vyšší četnost mentální retardace u dětí mužského pohlaví. (Vágnerová, 2004, s. 290)

2.3 Diagnostika a klasifikace mentálního postižení

Při sestavení diagnózy mentálního postižení je velmi důležitý komplexní přístup a spolupráce odborníků. Špatný výkon v inteligenčních testech ještě nemusí značit mentální postižení. Proto je úkolem diferenciální diagnostiky odlišit mentální retardaci od jiných poruch. Jsou stavy, které mohou mentální postižení napodobovat, a to například poruchy sluchu, vývojová dysfázie, mutismus, syndromy ADD a ADHD, sociokulturní nebo psychická deprivace, apod.

Základem diagnostického postupu je podrobná anamnéza k zjištění veškerého dosavadního vývoje a prostředí, ve kterém se jedinec nachází. Zvolené diagnostické metody musí odpovídat úrovni chápání dítěte a zvláště u dětí s kombinovaným postižením vhodně vybrané a uzpůsobené.

S dětmi s mentální retardací bývá často horší spolupráce, jsou úzkostné, mohou mít strach z cizích lidí nebo mohou být neklidné. Proto se doporučuje jako vhodná metoda pozorování volné i řízené hry, někdy doplněné standardními výkonovými zkouškami. Úkolem diagnostiky je zjistit dovednosti, schopnosti a funkční stav dítěte.

Sem patří:

- komunikace
- stav smyslů
- porozumění řeči
- úroveň sociálních dovedností a řešení problémů
- paměť a vhodná motivace

Stanovení diagnózy a hloubky postižení má značný význam pro určení vhodného způsobu výchovy a vzdělávání dítěte s mentálním postižením.

Spolehlivé stanovení diagnózy a určení stupně postižení není jednoznačně jednoduché, potom je i těžké správně a obrazně informovat rodinu.

Nedostatečná informovanost nebo vysvětlení problému vytváří u rodičů s dítětem s mentálním postižením jakési naděje, že jejich dítě bude „normální“ a naučí se číst, psát a počítat. Až v době kdy se rodiče postupně smiřují se skutečností, jsou schopni se přímo zeptat, jak na tom jejich dítě je. Možná by měli možnosti svého dítěte znát dříve a užívat si společné roky v přiměřené stimulaci, bez „pachtění se“ za způsoby, jak naučit dítě číst.

Od roku 1992 vstoupila v platnost 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která poněkud mění dříve užívanou klasifikaci. Všechny vědy, včetně psychopedie, mají snahu třídit své poznatky a zkušenosti. Výsledkem této tendence je vznik různých klasifikačních systémů.

Nejčastěji užívanými hledisky klasifikace mentální retardace jsou:

- stupeň mentální retardace - vyjádřen pomocí inteligenčního kvocientu
- hledisko etiologické - podle příčiny vzniku mentální retardace
- hledisko symptomatologické – podle projevů v chování
- hledisko vývoje - z hlediska vývojových období

Klasifikační systémy nepočítají s nerovnoměrností postižení jednotlivých stránek osobnosti, která je u mentálně retardovaných tak zvýrazněna. V současnosti se nepoužívá klasifikace mentálně retardovaných podle míry vzdělanosti a vychovatelnosti. (Švingalová, 2006, s. 40)

➤ **Klasifikace vyjádřena inteligenčním kvocientem**

Tato klasifikace byla přijata mezinárodně. Kritériem pro zařazení do jednotlivých stupňů mentálního postižení je naměřená úroveň rozumových schopností prostřednictvím standardizovaných psychologických testů. Je vyjádřena kvantitativně v podobě inteligenčního kvocientu (dále jen IQ), který určuje pozici mentálně retardovaného jedince ve vztahu k populační normě, a kvalitativně (strukturou inteligence, jejími zvláštnostmi, přednostmi i nedostatky).

Z hlediska pedagogického, resp. psychopedického, je podstatný nejen stupeň mentální retardace vyjádřený kvalitativně ve formě IQ, ale především tzv. mentální věk. Jde o věk, který je naměřen nejčastěji v inteligenčních testech. Udává úroveň mentálních schopností odpovídající danému věku chronologickému. Je vždy nižší než chronologický neboli fyzický.

Důležitým kritériem hodnocení poruchy rozumových schopností je jejich závažnost, tj. kvantita úbytku (resp. zachování) příslušných kompetencí. Lze ji zjistit srovnáním úrovně schopností mentálně postiženého jedince s normou, tj. pomocí psychologické diagnostiky inteligence.

Kvantitativní hodnocení inteligence poskytuje pouhý globální odhad schopností, určující pozici mentálně postiženého ve vztahu k populační normě. Modální průměrný výkon má hodnotu IQ 100, hranicí mentálního postižení je IQ 70. (Vágnerová, 2004, s. 301)

Tabulka uvádí rozdělení jednotlivých stupňů mentální retardace podle mezinárodní klasifikace MKN-10.

Stupeň mentální retardace, odpovídající rozmezí IQ a dosažený maximální mentální věk v dospělosti

Stupeň mentální retardace	Pásmo IQ	Maximální dosažená mentální úroveň MRJ v dospělosti
Hluboká MR	0 - 19	pod 3 roky
Těžká MR	20 - 34	3 – 6 let
Středně těžká MR	35 – 49	6 – 9 let
Lehká MR	50 - 69	9 – 12 let

Úroveň mentálního věku má význam především u dětí při jejich vzdělávání. Poskytuje učiteli cennou informaci – na jaké vývojové úrovni by měl s daným dítětem pracovat.

Mezi stanovenými stupni MR jsou plynulé přechody, hranice bývají málo vyznačené především proto, že postižení není rovnoměrné a stejně intenzivní v jednotlivých oblastech. Rozdíly u jedinců jsou výrazné i v rámci daného pásma. Je třeba rozlišovat, zda se rozumová úroveň jedince pohybuje v daném pásmu při horní, spodní hranici nebo při středu.

➤ **Lehká mentální retardace**

Lidé s lehkou mentální retardací dovedou i v dospělosti uvažovat v nejlepším případě na úrovni dětí středního školního věku. Respektují základní pravidla logiky, ale nejsou schopni myslet abstraktně, v jejich verbálním projevu chybí většina abstraktních pojmů. Myšlení i řeč jsou konkrétní. Jejich verbální projev je jednodušší, užívají kratších vět, objevují se zde občasné nepřesnosti sémantického i syntaktického charakteru. Ani jejich výslovnost nebývá zcela bezchybná. Jsou schopni se učit, zejména pokud jsou respektovány jejich možnosti. V dospělosti mohou dosáhnout určité samostatnosti, jsou pracovně začlenitelní, potřebují pouze dohled a oporu. (Vágnerová, 2004, s. 301)

➤ **Středně těžká mentální retardace**

Středně těžká mentální retardace bývá diagnostikována už v kojeneckém, nejdéle v batolecím období. Zaznamenáváno je opoždění v pohybovém vývoji, ale hlavně v rozvoji chápání a využívání řeči. Řeč bývá chudá, agramatická a špatně artikulovaná. Takto postižení jedinci jsou ale schopni si osvojit určitou slovní zásobu dostačující pro základní dorozumění. Není-li řeč vyvinuta, mohou se naučit využívat různé formy neverbální komunikace k častému kompenzování neschopnosti dorozumět se řečí. Některé děti (většinou při horní hranici středně těžké mentální retardace) jsou schopné zvládnout požadavky základní školy speciální a naučit se základům trivia. Mohou si také osvojit běžné návyky a dovednosti v sebeobsluze i jednoduché pracovní úkony nevyžadující přesnost a rychlost. Uvažování dosahuje v dospělosti úrovně předškolního věku.

V dospělosti se pak mohou uplatnit v chráněných dílnách. Nedosáhnou však plné samostatnosti a potřebují trvalý dohled. K mentálnímu postižení se mohou přidružit i další postižení a poruchy, epilepsie apod. (volně podle Krejčířové, 2006, Švarcové, 2001)

➤ **Těžká mentální retardace**

Lidé s těžkou mentální retardací jsou v dospělosti schopni chápat jen základní souvislosti a vztahy, uvažují na úrovni batolete. (Vágnerová, 2004,s.302) Závažná retardace v dosahování vývojových mezníků je u těchto dětí zřetelná již od útlého věku. Často jde o kombinované postižení, kdy se k mentální retardaci přidružuje postižení pohybové, zrakové nebo sluchové různého stupně. Vývoj řeči je velmi omezený, naučí se pouze pár jednoduchých slov, většinou však nemluví vůbec. Proto se při výuce dětí s těžkou mentální retardací klade důraz na zvládnutí základní komunikace verbální nebo pomocí alternativních komunikačních systémů a také základů sebeobsluhy a sociálních dovedností. V současnosti se i na tyto děti vztahuje povinnost školní docházky a jsou zařazovány do rehabilitačních tříd základní školy speciální. I když možnosti výchovy a vzdělávání takto postižených dětí jsou dosti omezené, může kvalitní rehabilitační, výchovná a vzdělávací stimulace přispět k rozvoji motoriky, řeči, dovedností, samostatnosti a ke zlepšení kvality jejich života. V dospělosti dosahují úrovně batolete, jsou plně závislí na péči druhých osob. (volně podle Krejčířové, 2006, Švarcové, 2001)

➤ **Hluboká mentální retardace**

Ve většině případů jde o kombinované postižení. Poznávací schopnosti se téměř nerozvíjejí, lidé s hlubokou mentální retardací jsou maximálně schopni diferencovat známé a neznámé podněty a reagovat na ně libostí či nelibostí. Nevytvoří se ani základy řeči. Jsou komplexně závislí na péči jiných lidí, obvykle bývají umísťováni do ústavu sociální péče. (Vágnerová, 2004, s. 302)

➤ **Jiná mentální retardace**

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické poškození, nevidomých, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.

➤ **Nespecifikovaná mentální retardace**

Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze skupin.

2.4 Charakteristika mentálně retardovaných

Typickým znakem poznávacích schopností mentálně postižených je omezenější potřeba zvědavosti a preference podnětového stereotypu. Mentálně postižení jedinci obvykle bývají pasivnější a více závislí na zprostředkování informací jinými lidmi. Orientace v běžném prostředí je pro ně mnohem náročnější, protože hůře rozlišují významné a nevýznamné znaky jednotlivých objektů a situací, a hůře chápou i jejich vzájemné vztahy. Svět je pro ně méně srozumitelný, a proto se jim může jevit i více ohrožující. Důsledkem toho je silnější závislost na jiném člověku, který se stává prostředníkem mezi mentálně postiženým a vnějším světem, resp. preference známého prostředí. (Vágnerová, 2004, s. 292)

U mentálně retardovaného jedince nacházíme často nerovnoměrný vývoj, který se odráží ve všech složkách osobnosti. Není možné přesně popsat charakteristiku osobnosti jedinců s mentálním postižením, protože každý jedinec je individualita, která má své charakteristické osobnostní rysy. Lze však určit společné znaky, které se u jedinců s mentálním postižením ve větší či menší míře vyskytují.

2.5 Současný systém výchovy a vzdělávání jedinců s mentálním postižením

Demokracii a humanitu té které společnosti vystihuje úroveň péče o občany na ní závislé. Sem patří i jedinci s mentálním postižením. Jsou to občané, mládež i dospělí, kteří mají v naší společnosti stejná práva a dle svých možností povinnosti jako ostatní „normální“ občané.

Pryč jsou doby, kdy nějak odlišní lidé byli separováni do kolosu zvaného ústav. Nelze nijak znevažovat práci v těchto ústavech, nebylo a není to lehké. Ale pro minulou éru péče o lidi s postižením to bylo pohodlnější. Nová éra péče a vzdělávání dětí a mládeže s mentálním postižením otvírá nové možnosti. Mizí dělení na vzdělavatelné a nevzdělavatelné.

Práva na vzdělání se má dostat každé lidské bytosti. S tím samozřejmě vzniká pro společnost velký úkol kde, jakým způsobem a jak dlouho má takový jedinec svého práva užívat. Dalším, dosti těžkým úkolem společnosti je pochopit odlišnost postižených jedinců a naučit se s nimi komunikovat a žít, umožnit jim normální život a vidět v nich rovnocenné spoluobčany.

Výchovu a vzdělávání lidí s mentálním postižením chápeme jako celoživotní proces. U mentálně postižených, u nichž kognitivní procesy probíhají podstatně pomaleji než u ostatní populace, stále výrazněji vystupuje potřeba jejich permanentního rozvíjení, stálého opakování a prohlubování jejich znalostí a dovedností a jejich soustavného vedení ke stále komplexnějšímu poznávání okolní skutečnosti. (volně podle Švarcové, 2001)

Vlivem *Školského zákona č.561/2004 Sb.* o předškolním, základním, středním, vyšším a jiném vzdělávání a *Vyhlášky 73/2005 Sb.* o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, došlo ve speciálním školství k mnoha změnám. Ať je to změna názvu škol nebo samotné pojetí a podmínky pro jejich činnost.

➤ **Stručný přehled systému výchovy a vzdělávání dětí s mentálním postižením**

a) poradenská zařízení

Raná péče

Cílem je předcházet sekundárním důsledkům postižení, eliminovat postižení, zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální interakce. Mají být poskytovány od zjištění rizika nebo postižení do přijetí dítěte vzdělávací institucí tak, aby zvyšovaly vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou ohroženy faktory biologickými, sociálními a psychologickými.

Raná péče vychází z předpokladu, že zásadní roli ve vývoji dítěte hrají první tři roky života. Právě v období do tří let jsou kompenzační možnosti mozku tak obrovské, že umožňují nejlépe rozvinout náhradní mechanismy i u těch dětí, které mají v některé oblasti vývoje vážný handicap. Raná péče má preventivní charakter, protože snižuje vliv prvotního postižení a brání vzniku postižení druhotného.

Speciálně pedagogická centra (dále už jen SPC)

Speciálně pedagogická centra pro mentálně postižené patří mezi školská poradenská zařízení. Bývají zřizována při speciálních mateřských školách nebo při základních školách praktických a speciálních. Hlavním úkolem SPC je práce s dítětem s mentálním postižením od nejranějšího věku až po ukončení školní docházky, dále poradenská činnost pro rodiče, školy a zařízení zajišťující péči o děti s mentálním postižením. Působí zde speciální pedagog, psycholog a sociální pracovník.

b) Předškolní výchova

Při výchově dítěte s mentálním postižením má svou základní úlohu rodina. Jejím velkým pomocníkem je ale systém předškolního vzdělávání.

Děti mentálně postižené mohou být vzdělávány ve:

- speciálních mateřských školách
- běžných mateřských školách v rámci individuální integrace

- speciálních třídách pro mentálně postižené při běžné mateřské škole
- stacionářích
- ústavech sociální péče pro mentálně postižené

c) Základní vzdělávání

systém škol:

- základní škola praktická (dříve zvláštní škola) – zajišťuje výchovu a vzdělávání jedinců s lehkým mentálním postižením
- základní škola speciální (dříve pomocná škola) – je určena pro žáky, kteří vzhledem k hloubce svého mentálního postižení nejsou schopni zvládnout učivo základní školy praktické
- ústavy sociální péče a stacionáře pro děti s mentálním postižením, kde jsou zřizovány třídy základní školy speciální a rehabilitační třídy

d) Další vzdělávání a profesní příprava mládeže s mentálním postižením

Po ukončení povinné školní docházky mají žáci s mentálním postižením možnost pokračovat ve svém vzdělávání na odborných učilištích nebo praktických školách. Cílem těchto škol je vytvořit optimální podmínky, vědomosti a zkušenosti pro integraci do běžného života a zajistit pracovní uplatnění.

Systém škol:

- odborná učiliště – poskytují dvou až tříletou profesní přípravu absolventům základních škol praktických
- praktická škola
 - dvouletá pro absolventy základní školy praktické, nejúspěšnější absolventy základní školy speciální
 - jednoletá pro absolventy základní školy speciální

Jak už bylo uvedeno, vzdělávání je činností celoživotní, takže nekončí ani v dospělosti. I dospělým s mentálním postižením je další vzdělávání umožněno formou večerních škol, kurzů k doplnění vzdělání apod.

2.6 Sociální péče pro jedince s mentálním postižením

K nejrozšířenějším zařízením sociální péče, v nichž může probíhat komplexní péče osob s mentální retardací patří ústavy sociální péče. Systém ústavní péče spadá pod Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. Přestože se po demokratických změnách v roce 1989 spojených s pádem totalitního centralismu do ústavnictví opět vrátily nestátní alternativy v podobě soukromých a církevních subjektů, většina těchto institucí je dnes součástí systému státních ústavů sociální péče. (Valenta, Müller, 2004, s.106)

Vymezení pojmu ústav sociální péče pro osoby s mentálním postižením

Ústavy sociální péče (dále již jen ÚSP) podle zákona poskytují bydlení, zaopatření, zdravotní péči, rehabilitaci, kulturní a rekreační péči a v případě potřeby osobní vybavení, případně zajišťují i pracovní uplatnění. (Matoušek, 2003, s. 254)

Tyto ústavy pro mentálně postižené jedince jsou v současnosti děleny dle věku klientů na:

- Ústavy pro mentálně postiženou mládež od 3 do 26 let. V praxi však klienti zůstávají v ústavu i po dovršení této věkové hranice), kam jsou přijímáni jedinci s těžším mentálním postižením, též jedinci s mentálním postižením a tělesnou či smyslovou vadou a kde se také může realizovat ústavní či ochranná výchova mentálně postižené mládeže. Pro potřeby speciálně pedagogické, lékařské a sociální diagnostiky se zřizují diagnostická oddělení či ústav pro mentálně postiženou mládež vyčleněný pro diagnostické účely – do těchto oddělení či ústavů se přijímají zejména postižené děti a mládež před umístěním do ústavů.
- Ústavy pro dospělé občany s mentálním postižením, které jsou určeny osobám nad 26 let s těžším stupněm mentálního postižení a pro občany postižené mentální retardací těžšího stupně s tělesnou či smyslovou vadou, kteří potřebují ústavní péči. (Valenta, Müller, 2004, s.106)

Ústavy přijímají své klienty především na žádost rodičů či zákonných zástupců klienta, lékařů či zdravotnických zařízení, charitativních a církevních organizací, orgánů péče o dítě, soudů.

Ústavy v současné době zajišťují tři formy provozů: denní, týdenní či celoroční pobyt. Denní ústavy (tzv. stacionáře) pečují o děti mládež i dospělé v době, kdy se musí jejich blízcí věnovat jiným povinnostem a plní tak spolu s týdenními pobyty důležitou realitní funkci. Mimoto však mnohdy suplují výchovně-vzdělávací činnost speciálních škol a speciálních mateřských škol, kam by měly být mentálně postižené děti a mládež zařazovány – v péči o dospělé pak činnost chráněných pracovišť (volně podle Švarcové, 2001)

Poněkud jiná je situace v ústavech sociální péče s celoročním pobytem. Zde musí být maximálně možné míře kompenzován naprostý „výpadek“ rodiny. Tento výpadek totiž může ve svém důsledku zapříčinit zásadní emocionální poškození a následné zhoršení vnímání vlastní identity uživatelů – a to především v návaznosti na kvalitě služeb toho kterého zařízení. (Valenta, Müller, 2004, s. 259)

Transformace ústavní péče

Zatím co v západní Evropě a Americe se ústavní autoritativní péče začala rozvolňovat a humanizovat již po druhé světové válce, v České republice začala transformace ústavní péče až počátkem 90. let. Pojmy jako integrace, deinstitucionalizace a humanizace se čím dál častěji používaly v návrzích na nové formy péče o lidi s handicapem.

Proces transformace, kterým prochází celý systém poskytování sociálních služeb, je plný mnoha peripetií a úskalí. Názory na to, jakým směrem a jakým způsobem by se měla transformace ubírat, se liší u různých odborníků, ať již teoretiků nebo praktiků.

Švarcová (2001) shrnuje trendy nasměrování transformace péče o osoby s mentální retardací do třech základních bodů:

- **Integrace** spočívá v překonávání nepřírozeného oddělení lidí s mentální retardací od světa lidí nepostižených. Integrace má velké možnosti, ale i své limity. Je schůdná jen pro určité množství lidí s mentální retardací. Zpravidla jimi jsou lidé lehce postižení a s dobrým sociálním zázemím.

- **Normalizace** vyjadřuje požadavek, že i lidé s postižením mohou žít normálním životem podobně jako jejich nepostižení vrstevníci. Mohou chodit do školy, do zaměstnání, mít přátele, zájmy, koníčky, svůj majetek apod.. Tento požadavek však opět u některých naráží na jejich vlastní limity.
- **Humanizace** obsahuje požadavek jak humanizace péče, tak i humanizace celé společnosti. Společnost by měla hledět na tyto lidi jako na své spoluobčany, vytvářet trvalé úsilí o obnovení rovnosti šancí vyplývajících z vědomí naprosté rovnosti všech lidských bytostí. Měla by v nich vidět své rovnoprávné členy, kteří pouze vyžadují více péče, která jim pomáhá do určité míry kompenzovat jejich odlišnost.

Standardy kvality sociálních služeb

Vytvoření standardů má především význam pro zlepšení úrovně a efektivity sociálních služeb. (Pešatová, Švingalová, 2005, s. 31)

Ve standardech je kladen důraz na uživatele a jejich rodiny. Mají být aplikovány na všechny typy služby a na všechny poskytovatele. Popisují jak má vypadat kvalitní sociální služba a současně slouží jako indikátor k posuzování toho, do jaké míry se praxe blíží stanovenému standardu.

Standardy jsou orientovány na uživatele

- důstojnost,
- rozvoj nezávislosti a autonomie,
- vlastní volbu,
- účast na běžném životě v přirozeném sociálním prostředí,
- respekt k jejich přirozeným i občanským právům.

Podstatným rysem standardů je jejich obecnost. Jsou použitelné pro všechny druhy sociálních služeb. Hlavním posláním sociální služby je snaha umožnit lidem, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci, zůstat rovnocennými členy společnosti a využívat jejich přirozených zdrojů, žít nezávisle, v kontaktu s ostatními lidmi a v přirozeném sociálním prostředí.

Důležitým znakem kvality sociální služby je její schopnost podporovat jednotlivé uživatele služeb v naplňování cílů, kterých chtějí s pomocí sociálních služeb dosáhnout při řešení vlastní nepříznivé sociální situace.

Ve standardech je proto zdůrazněna orientace na osobní cíle uživatelů služeb, což umožňuje konkretizovat abstraktní ideály, jakými jsou např. důstojnost, plnohodnotný život apod. Přestože standardy jsou určeny pro všechny druhy služeb, největší význam budou mít pro ústavní zařízení.

Zavádění standardů, které jsou orientovány na podporu nezávislosti na sociální službě, přispěje ve svém důsledku k poskytování pomoci a podpory uživatelům podle jejich skutečných potřeb, nikoli plošně všem ve stejném množství a stejným způsobem.

Očekávaným výsledkem těchto změn je zvýšení efektivity využití prostředků vynaložených na sociální služby. To by mělo vést k rozvoji alternativních sociálních služeb a snížení počtu čekatelů na ústavní péči. Sociální služby se pak stanou opravdu veřejnou službou, která je včas dostupná všem, kdo ji potřebují. (Pešatová, Švingalová, 2005, s. 32)

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění zákona č.29/2007 Sb.

V oblasti sociálních služeb byla po mnoha letech přijata nová právní úprava. Od 1. ledna 2007 se sociální služby řídí zákony č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách.

Vytváří právní rámec pro nesčetné množství vztahů mezi lidmi a institucemi v případech, kdy je nezbytné zabezpečit podporu a pomoc lidem, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci. Za velmi pozitivní okolnost přijetí uvedených zákonů je to, že sociální služby jsou více orientovány individuálně a jsou poskytovány v součinnosti s uživatelem služeb.

Hlavním posláním zákona je chránit práva a oprávněné zájmy lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování, a to z různých důvodů jako je věk, zdravotní postižení, nedostatečně podnětné sociální prostředí, krizová životní situace a mnoho dalších příčin.

Zákon vymezuje vedle práv a povinností jednotlivců také práva a povinnosti obcí, krajů, státu a samozřejmě také poskytovatelů sociálních služeb. V zákoně je také upravena oblast týkající se podmínek výkonu sociální práce, a to ve všech společenských systémech, kde sociální pracovníci působí.

Zákon definuje nepříznivou sociální situaci jako oslabení nebo ztrátu schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.

Příspěvek lze použít pouze na ty výdaje, které souvisejí se zabezpečením pomoci a podpory osobě, která je závislá na péči jiné osoby. Může být tedy „spotřebován“ jako úhrada za péči, kterou zajišťuje poskytovatel sociální služby a samozřejmě také na výdaje, které vzniknou pečující osobě, tj. rodinnému příslušníkovi či jiné osobě, která není poskytovatelem sociální služby. Dá se také předpokládat, že oba výše uvedené způsoby bude příjemce kombinovat dle vlastní potřeby a dle individuálně zvoleného způsobu zajištění péče.

Výše příspěvku na péči je stanovena ve čtyřech stupních odpovídajících stupni závislosti osoby a dále jsou rozdílně stanoveny výše příspěvku pro děti do 18ti let a pro dospělé. Vyšší částka příspěvku na péči pro děti je dána zejména tím, že děti nemají obvykle svůj vlastní příjem (mzda, plat, důchod či jiné příjmy) a současně má motivovat rodiny k tomu, aby děti zůstávaly v domácí péči.

Výše příspěvku na péči je v zákoně stanovena v pevných nominálních hodnotách, ale zákon také ukládá vládě, aby v případě, že dojde ke zvýšení indexu spotřebitelských cen v oblasti sociální péče alespoň o 5%, nominální hodnoty příspěvku zvýšila.

2.7 Druhy tělesné výchovy

2.7.1 Tělesná výchova výběrová

Je určena pro cvičence zcela zdravé, zařazené do I. zdravotní skupiny tělesně mimořádně dobře vybavené a pohybově nadané, schopné zvýšeného tělesného i psychického zatížení. Soustřeďují se ve specializovaných výběrových základních a středních školách se zvýšeným počtem hodin tělesné výchovy.

Je specializovaná záležitost výchovná. Je to výchova a soustavné vedení k dosažení pokud možno nejvyšších výkonů. Vzhledem k tomu, že v přípravě na tyto výkony dochází často k maximálnímu zatížení, což je zvláště závažné u dětského, rostoucího a vyvíjejícího se organismu, je nezbytné nanejvýš odborné metodické vedení a stálá lékařská kontrola cvičenců, aby nedošlo k nezdravému a škodlivému přepínání sil. Jednostranné zatížení mladého organismu je přitom třeba kompenzovat vhodným vyrovnávacím cvičením.

2.7.2 Tělesná výchova základní

Je určena pro cvičence zdravé, zařazené do I. a II. zdravotní skupiny. Cíl a úkol této tělesné výchovy u mládeže jsou dány osnovami tělesné výchovy pro chlapce i dívky od 6 do 19 let i pro věk předškolní.

Je to soustavná výchova k vědomostem, pohybovým dovednostem a návykům. Za provádění a výsledky i za bezpečnost žáků odpovídá učitel. Cviky se vybírají podle učebních plánů a osnov. Charakteristickým rysem je soustavné zvyšování zdatnosti mládeže.

Zdravotnicko – pedagogická spolupráce se projevuje jednak při základním stanovení požadavků pro jednotlivé věkové skupiny mládeže, při vypracování učebních osnov tělesné výchovy školy jednotlivých stupňů, jednak při zjišťování zdravotního stavu žáků a předpokladu ke cvičení. Školní lékař stanoví při pravidelných prohlídkách žactva, kteří žáci jsou schopni se účastnit základní tělesné výchovy v plném rozsahu, popř. s úlevou.

2.7.3 Tělesná výchova zdravotní

Je určena pro mládež oslabenou, zařazenou do III. zdravotní skupiny. Do této skupiny patří oslabení žáci na školách základních a většina žactva škol vyžadující zvláštní péči.

Je aplikována ve zvláštních podmínkách, daných tělesným nebo zdravotním oslabením cvičenců. Vychází z cíle a úkolů základní tělesné výchovy zdravé mládeže stejného věku.

Prostředky užívané v základní tělesné výchově se proto upravují podle těchto zásad:

- vyřazují se cviky, které oslabené děti pro svou vadu nebo celkové oslabení konat nemohou
- cviky, které by sice konat mohly, avšak nesmějí, neboť by mohly zhoršit jejich vadu nebo celkový stav
- ve speciální úpravě cviky, které působí reedukačně, kompenzačně a rehabilitačně, tj. které přispívají ke zmírnění nebo k odstranění postižení, k opětnému rozvoji postižených funkcí, k nácviku náhradních činností a ke zlepšení celkového stavu postiženého dítěte i jeho vztahu ke společenskému prostředí ty se zařazují v hojně míře

Takovéto provádění tělesné výchovy vyžaduje odbornou kvalifikaci učitelů a zvýšenou spolupráci s lékařem. Vliv a působení tělesné výchovy na člověka je třeba posuzovat celkově, po stránce tělesné i duševní. Z toho vyplývá potřeba všestranného a komplexního výzkumu v tělesné výchově oslabených osob po stránce fyziologické, psychologické, léčebné, výchovné i sociální. Tělesná výchova na školách pro mládež vyžadující zvláštní péči se zaměřuje vždy k hlavnímu oslabení žáků a k pohybovým nedostatkům, které z tohoto oslabení vyplývají nebo s ním souvisí.

Na jednotlivých školách pro mládež vyžadující zvláštní péči se vyskytují žáci, s charakterickými pohybovými nedostatky ve větší míře než u ostatních žáků. Pro tyto žáky je možno zřídit oddělení zdravotní tělesné výchovy. Musí být splněny tyto podmínky: alespoň 10 žáků, bezprašná tělocvična, kvalifikovaný učitel s aprobační pro zdravotní tělesnou výchovu.

Bývají to zejména oddělení:

- pro neobratné žáky s nedostatkem pohybové diferenciaci a koordinace při snížených schopnostech rozumových
- pro žáky s poruchami rovnováhy a pohybové koordinace při poruchách sluchu
- pro neobratné žáky s poruchami vizuomotorické koordinace a orientace při poruchách zraku
- pro žáky tělesně postižené, s postižením horních nebo dolních končetin, popř. všech čtyř končetin
- pro žáky postižené spastickými obrnami a spastickými neurózami
- pro žáky postižené chabými obrnami a svalovou ochablostí – poliomyelitidou, myopatií

Na základních školách se zřizují oddělení zdravotní tělesné výchovy zejména pro žáky s vadným držením těla. Vyrovnává se tak nepříznivý vliv dlouhodobého statického zatížení páteře a pánve při každodenním několikahodinovém sedění v lavicích.

Odlišnost zvláštní tělesné výchovy od základní spočívá především ve výběru prostředků a volbě speciálních metodických postupů podle oslabení cvičenců. Projevuje se však i při hodnocení dosažených výsledků, při klasifikaci, při které se hodnotí především úsilí oslabeného cvičence, vynaložené ke zvládnutí určitého cviku nebo k dosažení určitého výkonu, a kromě toho i celkový vztah cvičence ke cvičení a k tělesné výchově vůbec. Na druhém místě se hodnotí dokonalost provedení nebo dosažený výkon, a to opět se zřetelem k možnostem oslabeného cvičence.

Zdravotní tělesná výchova má být klasifikována, protože hodnocení je pro žáka nejen odměnou, ale i měřítkem vynaloženého úsilí a pobídkou k další práci a vytrvalosti.

Nejnepříznivějším řešením po stránce psychologické i společenské je vyřazení oslabeného žáka z kolektivu spolužáků tzv. osvobozením od tělesné výchovy, jež je ve skutečnosti zbavením možnosti pohybového rozvoje a zvýšením pocitu méněcennosti u postiženého dítěte i v jeho okolí.

Zásadně by nemělo k tomuto řešení vůbec docházet, neboť každý člověk, zejména však dítě v období tělesného vývoje a růstu potřebuje pohyb, a má tedy cvičit buď jako zdravé v tělesné výchově základní, nebo jako oslabené v tělesné výchově zdravotní, a nebo jako nemocné v tělesné výchově léčebné.

Dobrá zdravotnicko- pedagogická spolupráce je jednou z podmínek dosažení výsledků ve zdravotní tělesné výchově. Spolupráce musí být intenzivnější než v tělesné výchově základní. Je to výchova oslabených žáků ke korekci vadného držení těla a ke správným dovednostem a návykům při různém tělesném oslabení.

Zdravotní tělesná výchova je otevřeným programem, kde se využívají různé pohybové aktivity. Jejich výběr se přizpůsobuje cíli a úkolům zdravotní TV se zřetelem na různé skupiny a druhy oslabení v jednotlivých věkových kategoriích. Při aplikaci pohybových činností ve zdravotní TV klademe velký důraz na zdravotní hledisko. Vycházíme z neurofyzilogické podstaty pohybu, abychom především ovlivnili biologickou strukturu organismu, tzn. hybný systém, kde se pohyb realizuje. Tento proces nazýváme procesem vyrovnávacím a jeho úroveň je závislá na přesném provádění všech pohybových úkonů – na kvalitě pohybu.

Vycházíme z toho, že základem jakékoliv pohybové aktivity je pohyb, který je chápán v tom nejobecnějším pojetí jako základní projev života. Záměr, účel vychází z potřeb živého organismu.

Ty slouží k udržení integrity tohoto objektu v jeho přirozeném prostředí – je to aktivní účelový proces řízený vnitřními potřebami objektu. Pohybové aktivity by měly eliminovat negativní jevy a pozitivně ovlivňovat zdraví jedince. Výchova ke správnému a účelnému pohybovému chování je nezbytná k tomu, aby lidská společnost dobře fungovala.

➤ **Cíl zdravotní tělesné výchovy**

Z komplexního pohledu je cílem zdravotní TV racionálním způsobem zprostředkovat vliv specificky zaměřené pohybové aktivity v rozsahu, který odpovídá stavu a úrovni tělesné zdatnosti oslabeného jedince.

Mimo to je nutné dbát na zlepšení pohybové a funkční výkonnosti organismu spolu s dosažením optimálního tělesného, duševního a pohybového rozvoje.

➤ **Úkol zdravotní tělesné výchovy**

Předcházet nejrůznějším psycho-somatickým poruchám získáním adekvátních a optimálních pohybových návyků a eliminovat tak důsledky negativního životního stylu.

Pozitivně ovlivňovat stupeň zdravotního oslabení až k jeho vymizení či kompenzaci stimulací funkcí jednotlivých tkání, orgánů a organismu, prostředky spadající do kompetence dané rozsahem odborné kvalifikace. U dětí a mládeže se podílet na formování organismu, jeho jednotlivých částech a utváření funkcí. Zvyšovat funkční výkonnost organismu a celkovou zdatnost. Působit na udržování stálosti vnitřního prostředí v mezích zdravotních možností.

Úkol vzdělávací

Vybavit cvičence základními dovednostmi a návyky z oblasti adekvátních a doporučených pohybových činností s ohledem na stupeň oslabení. Prohloubit jejich znalosti o vlastním oslabení a o možnostech jeho ovlivňování.

Úkol výchovný

Vytvořit u cvičence pozitivní vztah k pohybové aktivitě, který povede k trvalému pohybovému režimu a k dalším hygienickým návykům, které se stanou součástí péče o vlastní tělo.

Utvářet pocit sebedůvěry ve vlastní síly a schopnosti, k životnímu optimismu, který pomáhá překonat dočasné, případně i trvalé zdravotní obtíže a přináší radost a uspokojení, což umožní snazší a rychlejší socializaci oslabeného.

Propojením úkolů zdravotních, výchovných a vzdělávacích může zdravotně oslabený jedinec pochopit celistvost organismu a vzájemnou souvislost tělesného a duševního zdraví.

➤ **Didaktické zásady zdravotní tělesné výchovy**

Didaktické zásady můžeme definovat jako obecné požadavky, které v souladu s cíli výchovy a zákonitostmi vyučovacího procesu určují charakter vyučování a ovlivňují přímo i nepřímo jeho efektivitu. Jsou to obecně platné poučky, které byly stanoveny na základě dlouhodobého vědeckého poznávání, dlouholetých zkušeností učitelů i výchovných pracovníků. (Volně podle Hoškové, Matoušové, 1998)

a) zásada uvědomělosti a aktivity – je v pochopení smyslu a podstaty prováděné činnosti jak učitelem, cvičitelem, tak i oslabeným jedincem, kterému vysvětlujeme účel jednotlivých činností i cvičebních tvarů a získáváme ho k aktivní spolupráci. Volba vhodných metod, prostředků a forem, které působí optimálně na všechny složky organismu, vede k utváření kladného vztahu k pohybu vůbec, což umožňuje pozitivní ovlivňování každodenního režimu a životního stylu oslabeného a utváření uvědomělého přístupu k vlastnímu zdraví, zdatnosti i tělesné kráse.

b) zásada názornosti – jde o důkladné vytvoření představy pohybu a pohybového stereotypu, jeho vnímání a procítění.

c) zásada soustavnosti – předávané vědomosti a dovednosti, empiricky ověřené, by měly tvořit logicky ucelený systém – výchovně vzdělávací projekt. Vedeme cvičence k soustavnosti, aby pohybový režim se stal základní hygienickou potřebou, přirozenou součástí životního stylu.

d) zásada přiměřenosti – obsah i rozsah učiva, jeho obtížnost a používané způsoby by měly odpovídat ve zdravotní tělesné výchově především zdravotnímu stavu každého jedince.

Dále bychom měli brát v úvahu psychický rozvoj, tělesné schopnosti a pohybové zkušenosti, věkové a individuální zvláštnosti. Zásada přiměřenosti je uplatňována především tím, že provádíme testování a sledování účinnosti tělovýchovného procesu a dle zjištěných údajů volíme přiměřené, optimální pohybové činnosti – provádíme individuální výběr a dávkování.

e) zásada vytrvalosti – výsledek působení ve zdravotní tělesné výchově by měly být trvalé vědomosti, dovednosti, pohybové návyky, které si oslabený jedinec dokáže dobře kdykoliv vybavit a prakticky je využít ve svých běžných činnostech, stanou se mu trvalým návykem a celoživotní orientací ke zdravému způsobu života.

➤ **Didaktické metody**

Didaktické metody jsou promyšlené objektivně správně vedené pohybové činnosti, jimiž učitel a cvičitel dosahuje vytčených cílů, motivuje a usměrňuje činnosti cvičence. Lze je dělit podle různých kritérií.

a) metoda vcelku – na podkladě komplexní představy se učí pohybový úkon komplexně v jeho konečné formě k ovlivnění určité odchylky. Metodu vcelku lze využívat ve vyrovnávací části cvičební jednotky, kde jde o nácvik nebo procvičení jednoduchých elementárních a cvičebních prvků nebo jestliže pro nácvik obtížnějšího složitějšího cvičebního tvaru byla použita metoda po částech. Metodu vcelku lze také užívat v úvodní a rozvíjející části cvičební jednotky, kde jde o souvislé pohybové činnosti.

b) metoda po částech – pohybový celek se rozčlení do dílčích prvků a po jejich osvojení se při stálém opakování slučují postupně do větších složitějších částí. Metody po částech lze využít k vyrovnávací části cvičební jednotky, kde se již nacvičují složitější tvary a nebo ji lze využít v rozvíjející části, do které byl zařazen nácvik techniky různých sportovních disciplín vyžadující nejdříve nácvik jednoduchých činností.

Současná kompenzace sleduje při výběru cíleného cvičebního tvaru, aby kombinovaná odchylka byla vyrovnána současně. Následná kompenzace jejím principem je, že se jedním cvičebním tvarem soustředíme na ovlivnění jedné odchylky a vzápětí volíme cvičební tvar, který ovlivní odchylku druhou.

Pokud je to možné, volíme cvičební tvary se současnou kompenzací, které procvičují svalové skupiny ve velkém pohybovém rozsahu. Ovšem i cvičení s následnou kompenzací,

jsou-li dobře metodicky řazena a vedena, jsou vhodná pro vyrovnávání svalové nerovnováhy, vedou rovněž cvičence k pocitu harmonického souměrnému svalovému napětí.

Obou metod, metody současného a následného vyrovnávání, využíváme především u cvičebních tvarů zařazených do vyrovnávací části cvičební jednotky.

Kompenzace v obecném tělovýchovném pojetí platí, že po každé usilovnější činnosti by měl následovat uvolňující, relaxační pohyb, podle okolností i pohyb protahující měkké části.

Přitom nebereme v úvahu jen svalstvo, ale také počítáme s duševním uvolněním. Metoda rytmu, opakování a dávkování jde o metody, které řeší uspořádání pohybových činností v čase.

Kolektivního rytmu využíváme ve cvičební jednotce zpravidla všude tam, kde chceme seznámit všechny cvičence najednou s jednotlivými fázemi pohybového tvaru nebo pohybové činnosti. Individuální rytmus umožní cvičenci dokonalé provedení, pochopení a procítění vlastního pohybu v koordinaci s ostatními složkami pohybu – dýcháním, srdeční činností a relaxací, zvláště u vyrovnávacích cvičení.

2.7.4 Tělesná výchova léčebná

Má charakter převážně léčebný. Je to tělesná výchova osob nemocných a je součástí léčebné rehabilitační péče, která se poskytuje v léčebných ústavech, v ozdravovnách a v lůžkových odděleních i v ambulantních zařízeních. Výběr pacientů provádí lékař, vlastní cvičení provádí rehabilitační pracovník.

Léčebná tělesná výchova je ve svém působení specializována podle jednotlivých syndromů.

U nás je léčebná tělesná výchova součástí léčebné rehabilitační péče, zejména při chorobách:

- ústrojí nosného a hybného
- nervových
- zrakových
- sluchových
- srdečních a oběhového systému
- zažívacího a vyměšovacího systému
- gynekologických
- látkové přeměny
- při chorobách duševních

2.8 Sportovní aktivity

Tělesná výchova jako významná složka kultury je neodlučitelnou součástí výchovy. Úkolem tělesné výchovy je především udržovat a zlepšovat zdraví lidu, zvyšovat jeho tělesnou zdatnost, pracovní výkonnost a brannou připravenost. Cílem tělesné výchovy postižených je zlepšit jejich zdravotní stav, rozvíjet důležité tělesné vlastnosti a fyzickou zdatnost, odstranit pocit méněcennosti, umožnit snadnější začlenění do práce a do společnosti, vytvářet radost z tělovýchovné a sportovní činnosti a upevnit pocit užitečnosti pro rodinu a celou naši společnost.

Pohybové aktivity sehrávají významnou roli v rozvoji mentálně postiženého dítěte. Pohyb je prostředkem sebevyjádření, prostředkem interakce s materiálním a sociálním prostředím, prostředkem k poznání sebe sama.

Pohybové aktivity rozvíjejí dítě v oblasti výchovné, vzdělávací a zdravotní. Záměrné působení pohybu je zkoumáno z nejrůznějších aspektů věd psychologických, biologických, biochemických atd.

Věda o lidském pohybu – kinantropologie – staví pohyb člověka na skutečně vědecké základy. Zdá se však, jakoby se při realizaci pohybových aktivit vytrácelo to hlavní – radost z tělocvičen. Žádný člověk nemůže jen pracovat, tím méně dítě, nemůže být jen vychovááno a vzděláváno, musí se i bavit. Děti se potřebují odreagovat, uvolnit se, vybit nahromaděnou energii. Pohybové aktivity mohou všechny tyto potřeby dětí uspokojit. Přitom stírají rozdíl mezi zábavou a prací, zpestřují život mentálně postiženého dítěte, činí jej radostnějším.

Děti mentálně postižené nejsou ani lepší, ani horší než děti zdravé. Jsou prostě, a to ne vlastní vinou, jiné. Práce s nimi je nesmírně náročná, ale také krásná. Mentálně postižené děti si naši pozornost určitě zaslouží. (Karásková, 1998)

2.8.1 Sportovní aktivity vhodné pro jedince s mentálním postižením

Různé pohybové aktivity jsou nezastupitelnou složkou života mentálně postižených od nejútlejšího věku až po zralý věk. V útlém věku se výrazně podílejí na rozvoji pohybových schopností a dovedností, v dospělém věku je udržují v dobré fyzické kondici.

Současný rozvoj techniky znamená i pro mentálně postižené stále menší potřebu pohybu. I když pracují manuálně, většinou při práci sedí, vzdálenosti překonávají dopravními prostředky, mnoho času je věnováno televizi.

Pohybová aktivita mládeže i dospělých je nedostatečná a proto je třeba hledat stále nové podněty a od mládí pěstovat kladný citový vztah k různým sportům a turistice, aby se aktivní pohyb stal jejich potřebou i zábavou. Dostatek pohybu poskytuje psychické uvolnění, regeneruje síly. (Svoboda, Svobodová, 1995, s. 5)

➤ Plavání

Opravdové základy plavání jsou děti schopny zvládnout až ve věku předškolním. Základním přínosem plavání je rozvoj pohybových schopností, vyrovnávání možných svalových nerovnováh a kapacity plic. Plavání se používá i v léčbě astmatu.

Plavání je sport podporující správné fungování srdce a oběhového systému, podporuje rozvoj svalové síly i vytrvalosti.

Plavání pomáhá zlepšovat motoriku dítěte a je ideální jako doplňková činnost k rehabilitaci, protože voda usnadňuje pohyb, ale zároveň se jejím odporem posiluje řada svalových skupin. Osoby s mentální retardací mají v důsledku svého postižení zpravidla i poruchy motoriky. Pohybové činnosti, zejména pak plavání, jsou ideálním příkladem rozvíjení motorických dovedností, koordinačně-lokomočních činností a přispívají k celkovému zlepšení pohybové koordinace. Spolu s těmito prvky se rozvíjí dýchání a koncentrace.

Plavání má mnohostranný význam. Plavání můžeme označit jako speciální formu terapie spojující fyzické, psychické, sociální a výchovně vzdělávací prvky. Plavání ve vodě uspokojuje významnou potřebu pohybu.

Rozvoj psychiky je neoddělitelně spjat s rozvíjením tělesných funkcí, zejména motoriky. Při rozvíjení motorických dovedností při plavání dochází k rozvoji také psychiky a psychických funkcí (vnímání a pozorování, paměť, pozornost, fantazie, myšlení i řeč). Pravidelným rozvíjením tělesných schopností, jako je rychlost, obratnost, síla a vytrvalost, rozvíjíme potřebné volní vlastnosti a tím formujeme charakter.

➤ **Lehká atletika**

Má stále větší význam, i když příprava k těmto hrám je celoroční. Věkové hranice nemají takový význam jako možnosti a schopnosti dětí.

Při běhu na krátké trati se věnujeme zejména péči nácviku rychlého startu, rychlosti a pohotovosti. Běh na delší trati, na vytrvalost, se zařazuje spíše na uklidnění, v pomalejším tempu.

Zvláštní význam má u žáků s neobratnou a těžkopádnou chůzí, kde přispívá k osvojení koordinovaného a rytmického pohybu nohou.

Skok je vydatným posilovacím cvičením pro dolní končetiny, zároveň však i cvičením rychlosti, obratnosti, pružnosti a pohybové koordinace. Při skoku vysokém se soustřeďuje úsilí na nácvik mocného odrazu a švihu z poměrně krátkého rozběhu. Jako průpravná cvičení u mentálně postižených je vhodné provádět poskoky na místě a skok do dálky se snahou dosáhnout při letu po odrazu hlavou na míč, sáček, papír nebo jiný měkký předmět.

Vrh a házení všeho druhu je velmi dobrým cvičením pružnosti a síly nejen pro svalstvo paží a ramenního pletence, nýbrž i pro zádové svalstvo a pro dolní končetiny. (Kábele, 1976, s. 98)

Soustavnou přípravou a tréninkem na sportovní soutěže se posiluje vůle a vytrvalost, odpovědnost mentálně postižených dětí, zejména když se jim podaří dosáhnout dobrých výsledků. Běh podporuje kontrolu tělesné hmotnosti, posiluje oběhový systém a zlepšuje respirační vytrvalost, zvyšuje pevnost kostí, zlepšuje vytrvalostní fyzickou kondici i psychiku.

➤ **Zimní sporty**

Kladný vliv sportování se zvětší, provádí-li se na čerstvém vzduchu. Zdravotní význam těchto aktivit se umocňuje tím, že se provádějí v čistém, hygienickém prostředí, většinou horském, kde je intenzivnější sluneční záření a zvýšené množství kyslíku.

Nižší teploty a jejich časté změny zvyšují adaptabilitu organismu. Tím se zvyšuje otužilost, jako základní předpoklad dobrého zdravotního stavu.

Aktivity na sněhu všestranně zaměstnávají organismus, vyvolávají zvýšenou činnost srdečně cévní soustavy, působí na dýchací orgány a termoregulaci. Podněcují k vyšší intenzitě činnosti svalstva nohou, paží, břicha a dýchacích svalů. U mentálně postižených mají mimořádný význam pro zlepšení pohybové koordinace, protože při každém pohybu je zapojeno více částí těla, na jejichž souhře závisí výkon.

Přínosy lyžování a sánkování z hlediska výchovně vzdělávacího jsou rovněž značné. Při výcviku upevňujeme návyky sebeobsluhy (oblékání, obouvání).

Cvičenci se učí trpělivosti, která je nutná při osvojování lyžařských dovedností. Všechny činnosti jsou vykonávány většinou ve skupině a jsou proto faktorem pro vytváření dobrých mezilidských vztahů.

Aktivity na sněhu vyžadují přiměřenou odvahu, samostatnost, kázeň. Kladou zvýšené nároky na volní vlastnosti, protože při drsných horských podmínkách musí cvičenci často překonávat nepřízeň počasí, vzdáleností a vyrovnávat se s různou kvalitou sněhu.

Pro mentálně postižené to znamená navíc konkrétní a detailní poznávání některých jevů v přírodě, seznamování s novou technologií, potřebnými pomůckami k lyžování a sáňkování, uvědomování si nebezpečí v zimních horách. Učí se mít radost z krásné zimní přírody.

Lyžování, sněhový tobogán, sáňkování a bruslení jsou oblíbené způsoby využití volného času. Vybavení je pro tyto osoby stále častěji upravováno a musíme vybírat jen ty druhy sportu, které jedinec zvládne. Nesmíme podceňovat jeho schopnosti a snažíme se mu pomoci. (volně podle Svoboda, Svobodová, 1995)

➤ **Turistika**

Výlety do přírody nemusí být fyzicky náročné, přizpůsobíme je pro všechny členy. Tempo chůze řídíme podle schopností účastníků. Nejdříve se přesvědčíme, jestli je trasa schůdná pro všechny účastníky. Na tyto trasy, je možné brát i méně zdatné jedince, ale musíme se jim přizpůsobit délkou trasy namáhavostí a častým střídáním chůze a odpočinku. Pokud to situace dovolí, dáme příležitost k účasti i vozíčkářům.

➤ **Jízda na koni**

Jízda na koni s terapeutickými cíli je velmi prospěšná. Nabízí dětem velké výhody k procvičování celého těla.

Tomu kdo na koni nejezdí, se to možná nezdá, ale na koni musíte zapojit snad každý sval. Musíte se přizpůsobovat pohybu koně. Toto cvičení lze využít i k podpoře tělesného vývoje v každé vývojové fázi, protože se při něm zpevňují svaly trupu, zlepšuje se držení hlavy, trénuje se i pohotovost, dítě se seznamuje s rytmem chůze, procvičuje se držení rovnováhy a prostorovou orientaci.

Za druhé je kontakt s koněm velmi podnětný citově. Děti mají zvířata rády, jsou jim rády nablízku. Blízký kontakt s opravdovým zvířetem se pro ně tak může stát neobyčejně silnou motivací. Nezapomínejme ani na to, že dětem, které se nemohou pohybovat, právě koně nabízejí možnost zprostředkovného pohybu. (volně podle Newman, 2004)

➤ **Sporty a hry provozované v místnostech**

Sporty a hry provozované v místnostech jsou velmi populární už stovky let. Vznikají stále nové a nové hry a známé hry jsou obměňovány. Každá země má své vlastní verze určitých her, navíc hry a sporty, které byly typické pro určitou zemi, se nyní staly univerzální.

Paleta her a sportů je velmi široká, takže jsme schopni vybrat vhodnou hru či sport pro ty, pro které plánujeme využití volného času. Všechny sporty a hry vyžadují určité speciální vybavení i pomůcky. U některých her si i lidé s postižením vystačí pouze s běžným vybavením (košíková). U jiných musíme vybavení přizpůsobovat, upravovat nebo speciálně vyrobit.

Obvyklé sporty a hry je možné upravit rozmanitými způsoby, což umožní účast lidí s různými typy postižení. Samozřejmě každý jedinec bude dávat přednost jinému druhu her. Hry lze rozřadit mnoha způsoby. Některé vyžadují míření na cíl, například kuželky, jiné hru v poli nebo schopnosti udržet míč, např. ragby. (volně podle materiálu Metodická knihovnička)

- tělesná cvičení – individuální /skupinová, pasivní/ dynamická
- cvičení s náčiním – podávání, nošení, hledání
- míčové hry – metání, házení, sbírání, házení na cíl, koulení po přímce
- manipulační činnosti- hole a nástroje pro strkání, posunování

➤ **Stolní tenis**

Jednou z vhodných sportovních činností pro mentálně postižené je bezesporu stolní tenis. Může se hrát po celý rok. K instalaci stolů, které jsou obvykle skládací, není třeba velkého prostoru. Stolní tenis pomáhá postiženým v oblasti jak psychického, tak fyzického rozvoje.

Mohou jej provozovat bez ohledu na věk i jedinci s hybností pro jiné sporty omezenou. Klade nároky na jemnou nervosvalovou koordinaci, zejména na diferenciaci rychlostí pohybu a vyvinuté svalové síly horních končetin jako nezbytné podmínky prostorové a časové přesnosti. Zpracování zrakových vjemů při neustálém sledování míčku vede k pohybovým odpovědím, které jsou z počátku adekvátní mentálnímu postižení.

Počátek nácviku není snadný, protože zpracování podnětů je pomalé, pohyby i postoje postrádají plynulost a uvolněnost. Avšak od chvíle, kdy cvičenec zasáhne poprvé pálkou míček, zrychluje se učení a zvyšuje se frekvence úspěšných úderů. Při nácviku různých herních dovedností se působí na myšlenkové procesy a zvyšuje se slovní zásoba. Jedinec se naučí různé odborné termíny, začíná reagovat na učitelovy či trenérové instrukce a vytváří si taktiku proti různým soupeřům. (volně podle Svobodová, 1995)

2.8.2 Význam sportovních aktivit

Pohyb v dnešní moderní době hraje důležitou roli v životě každého člověka. Pomáhá udržet lidský organismus v dobrém zdravotním stavu a tělesné i duševní kondici. Lidské tělo je velice důmyslně k pohybu uzpůsobeno.

Běžný člověk získal během posledních let mnohem širší možnosti věnovat se tělesným činnostem a sportům. Lepší přístup, dokonalejší dopravní systémy, více volného času, to vše nám pomohlo plně využít okolní přírodu. Více si uvědomujeme nutnost udržovat se zdraví a fit. To je důvod proč se dnes velké množství lidí aktivně účastní fyzických sportů a venkovních činností. Tyto možnosti se rozšířily i pro postižené, ale ne vždy ve stejné míře jako pro lidi bez postižení.

Můžeme se zúčastnit široké škály sportovních činností, buď sami, s několika přáteli, nebo jako členové speciálních skupin a sdružení. Nejen že tyto činnosti zlepší naše zdraví, pohodu a znalost krajiny, ale umožní nám také získat přátele a navázat vztahy.

Lidem s těžkým a kombinovaným postižením bychom měli pomáhat a povzbuzovat je, aby se těšili z úspěchu, který jim plyne z venkovních činností. Kvůli povaze jejich postižení musí často trávit dlouhou dobu v místnosti a věnovat se pasivní činnosti.

Přesto se však mnoho těchto lidí může účastnit a také se účastní pestré škály venkovních a sportovních činností. Potřebují však pomoc a podporu jedince s odbornými znalostmi dotyčného sportu a jejich potřeb i schopností, stejně jako užití přizpůsobeného nebo speciálně navrženého vybavení.

Pohyb v kojeneckém věku

Sport a pohybová aktivita vůbec provázejí dítě již od období před narozením. Tvrdí se, že nenarozené dítě kopíruje pohyby matky při plavání, cvičení atd. V kojeneckém období si dítě vytváří první pohybové vazby, kojeneček se naučí lézt, sedět a naučí se i základy chůze.

Není vhodné zejména u chůze kojence nutit aby začal chodit co nejdříve, protože pak dochází k nevhodnému přetěžování kloubů. V tomto období se za pomoci pohybu formují i správná prohnutí páteře tj. zvedáním hlavičky se formuje krční lordóza (prohnutí krční páteře dopředu), při sezení se vytváří prohnutí hrudní páteře vzad (hrudní kyfóza) a při stožení se formuje prohnutí v bederní části (bederní lordóza).

Pro podporu rozvoje pohybu jsou vhodné barevné míče, které se po dotyku kojence pohybují. Míč můžeme kojenci pomalu posílat, můžeme jej klást na krátkou vzdálenost od kojence tak, aby se musel k míči doplazit, dolézt po kolenou atd. Oblíbená jsou také chrastítka, protože po dotyku vydávají jako odpověď na pohyb zvuk.

Pohyb v batolecím věku (1-3 roky)

V období batolecím je schopnost pohybovat se a začít chodit jedním z kritérií, podle kterého se hodnotí vyspělost dítěte. Chůze se stabilizuje a stává se jistou. V tomto období musíme již sledovat správné držení těla a případně jej podporovat cvičením.

Známé jsou výsledky cvičení profesora Vojty, který jasně prokázal, že správně zvolená forma fyzické aktivity v tomto věku může výrazně pomoci rozvoji dítěte, že lze cvičením zlepšit nebo odstranit případné nedostatečné prohnutí nebo další problémy páteří atd. Již ve velmi ranném věku se dítě učí obratnosti, koordinaci pohybů, rychlosti i síle a zejména schopnosti spojovat je dohromady. Vhodné sportovní aktivity v tomto věku jsou.

- aktivity rozvíjející obratnost – zejména obratnost končetin, uchopování, zvedání, držení atd. založené na střídání různých druhů hraček
- aktivity rozvíjející rychlost – střídání různých pohybových aktivit jako jsou běhy, lezení, kopání atd.

Pohyb v předškolním věku (3-6 let)

V předškolním věku dítě tráví velké množství času pohybem a „sportováním“.

Kvalita pohybů se zvyšuje, dítě se učí i složitější pohyby jako je např. jízda na bruslích, plavání, jízda na lyžích, jízda na kole, překážkový běh, kopaná atd.

Co platí pro pohybové aktivity u dětí 3-6 let

- rychlé střídání různých pohybových aktivit.
- děti upřednostňují dynamické pohyby před statickými pracemi tj. děti nepostojí a zaujme je spíše běhání než sezení na místě.
- děti těžko snášejí jednotvárné činnosti.
- děti jsou soutěživé a preferují fyzickou výkonnost, proto je možné je dobře motivovat.
- děti se snaží napodobovat sportovní aktivity dospělých, ale zde je třeba hlídat možná rizika úrazů.

Dospělí mají zásadní vliv na pohybový rozvoj a výchovu dítěte. Velmi důležité je střídání činností, jejich dynamika nebo výbušnost, naopak relativně dlouhotrvající jednotvárná činnost dítěte nebaví.

Z pohledu dítěte výrazně stoupá hodnota jeho fyzické výkonnosti v porovnání s vrstevníky – dítě si všímá, kdo běhá rychleji, lépe jezdí na koloběžce, na kole atd. Co děti už zvládnou: chytit a hodit míč, základy plavání, skoky do dálky atd. Při nácvicích a případném zlepšování kondice a obratnosti je nejdůležitější upřednostňovat hru a všeobecně rozvíjející cviky, nikoliv úzkou specializaci. Nejlepší jsou různé druhy sportovních kroužků rozvíjející celkovou obratnost jako jsou kotrmelce, šplh, přeskoky, slalomové běhy, hody míčem, schovávání, honičky atd.

V tomto období se utváří a upevňuje vztah dítěte k pohybu a sportu obecně a rodiče to mohou do značné míry ovlivnit. Je důležité, aby dítě podporovali, chodili s ním sportovat a jen mírně jej ve sportovních aktivitách usměrňovali.

Právě v tomto období by dítě mělo získat velmi obecné základy pro velkou paletu možných sportů, mělo by umět jezdit na kole, kolečkových i ledních bruslích, lyžích, kopat, házet i chytat míč, případně hry se sportovním náčiním jako jsou tenisové (lépe soft tenisové) a pingpongové rakety. Dítě samo si časem případně vybere, kterému sportu se chce více věnovat a do školy nastupuje jako pohybově vybavené a netrpí kvůli své případné neobratnosti. Už nikdy nebude mít tolik času na sportování a sportovní hry jako v tomto období.

V předškolním věku a na začátku období školní docházky je velmi důležité vést děti k pohybu formou dětské hry - nařizování a zákazy jsou většinou neúčinné. Děti si vytvářejí vztah k pohybu a pohybové aktivitě celkově a je velkou chybou ukazovat jim, že pohyb je něčím nevhodným, nebo dokonce projevem nevychovanosti, nebo nekázně. Právě v tomto období rodiče musí najít poměr mezi sportem a jinými aktivitami (např. sledováním televize, hraním na počítači apod.).

Někteří rodiče si neuvědomují, že je potřeba děti „zvednout ze židle“ a přimět k nějaké pohybové aktivitě, protože v pozdějším věku bude dítě jen kopírovat návyky z dřívějšího a statických aktivit bude přibývat (učení, počítače...)

Pohyb školáků

Školní věk je pro svoji délku a rychlost vývoje dítěte velmi pestrý, zahrnuje mimo jiné i období puberty. Pohybová aktivita dětí a dospívajících se v průběhu školní docházky hodnotí z několika různých úhlů a mají na její vývoj vliv různé další okolnosti:

- okolní prostředí, zejména rodina a její vztah ke sportování a pohybu obecně
- genetika
- schopnost učit se nové pohybové kombinace a vzorce (důležitý je i vliv předchozích období)
- složení těla, podíl svalů, schopnost a vůle trénovat

Mladší školní věk (6-10 let)

Pokračuje vysoká potřeba pohybu, dítě potřebuje věnovat pohybu stejný čas jaký stráví ve škole.

Pohyb se má skládat zejména z her, které se ovšem více zaměřují na rozvoj koordinace pohybů a spolupráce v kolektivu (skupinové hry) – přihrávky, kombinace atd.

V tomto období je možné postupně začínat se sportovním tréninkem, rozvíjí se mrštnost a obratnost. Děti přikládají fyzické zdatnosti velký význam, navzájem se podle tohoto hlediska srovnávají. Může se začít s posilováním svalstva, ale rozhodně není vhodné posilovat jinak než s vlastní vahou těla - naučit se kliky, sedy – lehy, dřepy, slalomové běhy, kotrmelce atd. Nejdůležitější je rozmanitost, rychlé střídání různých pohybů, děti se už dokáží motivovat k vytrvalostním sportům, ale vše musí mít stále formu hry.

V tomto věku je také potřeba věnovat zvýšenou pozornost tělesné hmotnosti dětí. Pokud začnou přibírat, případně již mají nadváhu, prvním krokem k úpravě hmotnosti by mělo být právě větší množství pohybu. V tomto období se velmi silně začíná projevovat sklon k sedavé a pasivní zábavě jako je sledování televize, počítačové hry, případně potřeba více se učit, proto by rodiče měli dohlédnout na to, aby dítě mělo dostatečnou sportovní a pohybovou aktivitu, která kompenzuje sezení ve škole, u počítače atd.

Sportovní aktivity se soustředí na:

- obratnost (je nutné ji stále zlepšovat vzhledem k blížícímu se období růstu)
- rychlost a silovou rychlost
- dynamiku
- vytrvalost – postupně by se měla zvyšovat a hry by se měly zaměřovat na její rozvoj (indiánský běh, orientační běhy atd.)

Střední školní věk (10-11 let)

Začíná se projevovat předpubertální období s velmi vysokou potřebou pohybu, zároveň si děti udržují velkou pružnost a kloubní pohyblivost.

U dětí, které se věnují nějakému sportu tzv. „závodně“ se v tomto období bohužel často setkáváme s tím, že je nezodpovědní trenéři přetěžují, protože jejich výkonnost je velmi vysoká, ale děti nejsou ještě psychicky vyspělé. Stále je velmi důležité udržovat zejména obratnost a celkovou pohyblivost.

V tomto období by děti měly pravidelně navštěvovat sportovní oddíly, nemáme však na mysli vrcholový sport, ale například školní sportovní oddíly, sokolské sportovní oddíly atd., kde najdou podobně sportovně zaměřené kamarády. Velmi vhodným sportem je plavání, protože podporuje nejen kondici, ale i vytrvalost, a co je v tomto období velmi důležité, zlepšuje i tvar a kvalitu postavy. Dobré jsou také tipy cvičení jako dětský taneční aerobiky, taneční skupiny, florbal, bruslení atd.

Starší školní věk (12-14 let)

V tomto období probíhá puberta spojená s velmi rychlým růstem, mění se utváření těla, složení těla, zvyšuje se svalová síla, ale pozor - nezvyšuje se pevnost šlach a vazů, dozrávají kosti. Díky těmto zásadním změnám se toto období z hlediska pohybové aktivity hodnotí jako velmi kritické.

Je třeba stále podporovat pohybovou aktivitu, ale zároveň je také velmi důležité sledovat svalový vývoj a správné držení těla a podporovat rovnováhu v rozvoji postavy, zejména kompenzačními cviky na zádové a břišní svalstvo, které výrazně ochabuje kvůli

sedavému způsobu života. Sportovní aktivity by i nadále měly být pestré, protože jednostranná zátěž může způsobit jednostranný rozvoj určitých svalových partií na úkor jiných (svaly rukou na úkor zádového svalstva, maximální rozvoj svalů na nohou na úkor zádových u běžců apod.), proto je důležitá pravidelná kontrola u lékaře zaměřeného na správné držení těla a páteře. Zvyšuje se i význam odpočinku a to zejména aktivního.

Výrazně se ještě zvyšuje potřeba rozvíjet dovednosti, které nebyly do té doby tolik podporovány, jako je soutěživost a svalová síla.

V tomto období klesá autorita rodičů a trenérů a naopak se zvyšuje vliv vrstevníků, právě proto je velmi důležité udržet děti u sportování i pro zábavu.

Dětem v tomto věku se často stane, že kvůli zvýšeným nárokům ve škole nemohou věnovat tolik času tréninkům a jsou vyřazeny z vrcholových sportovních oddílů. Hrozí nebezpečí, že na základě této zkušenosti získají odpor ke sportu obecně, proto je velmi důležité i po této události udržet dítě u sportu a sportovních aktivit.

Dorostový věk (15-18 let)

V tomto období se děti již připravují na další studium nebo zaměstnání a výrazně klesá každodenní pohybová aktivita - mluví se o začátku stádia tzv. hypomobie. V této době je důležité motivovat dospívající zejména k zájmovému sportování. Můžete přitom využít jejich zájem o nové sporty a atraktivní cvičení, jako jsou různé druhy aerobiku, skateboard, squash, bojová umění a další. Velmi vhodnými sporty jsou například karate, judo a další bojové asijské sporty, protože kladou důraz nejen na rozvoj síly a vytrvalosti, ale také mrštnosti, ohebnosti a celkové harmonie těla. Umožní také vybití nadbytečné energie, naučí děti krotit agresivitu a uplatňovat sebekázeň.

Je nutné stále dbát na to, aby organizmus nebyl přetěžován, nedoporučuje se například posilovat s těžkými činkami a s velkými závažími v posilovnách, protože až ve 20 letech se dokončuje růst kostí a nadměrná zátěž by jej mohla zbrzdit. V tomto období mnohé děti začnou častěji pociťovat únavu, proto by se měli naučit aktivně odpočívat, ne jen pasivně sledovat televizi a počítač. (volně podle Newmana, 2004)

3 Praktická část

3.1 Cíl praktické části

Cílem bakalářské práce je zjistit využívání sportovních aktivit v péči o jedince s mentálním postižením v základních školách speciálních a ústavech sociální péče.

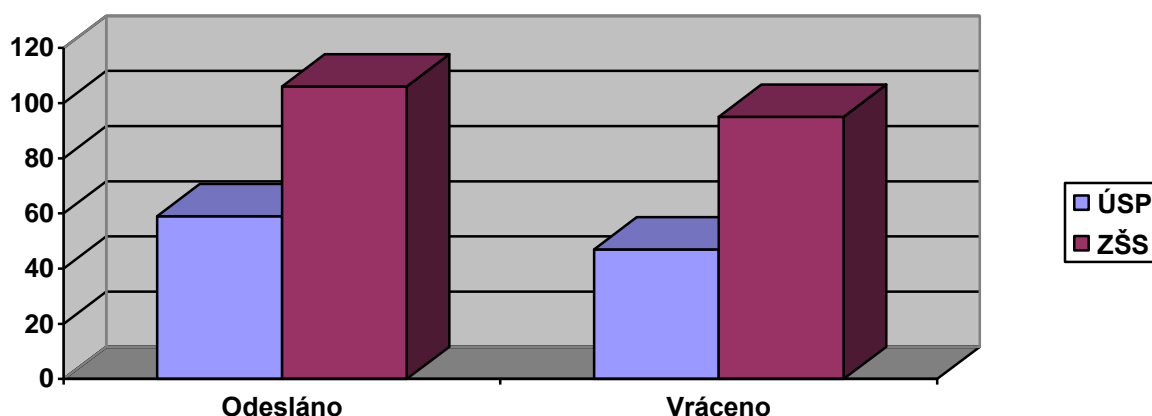
3.2 Popis výběrového vzorku

Průzkum byl uskutečněn na základních školách speciálních a v ústavech sociální péče pro mentálně postižené jedince. Bylo osloveno 106 základních škol speciálních z celé České republiky pomocí dotazníků, které jim byly zaslány elektronickou poštou. Vráceno bylo celkem 95 dotazníků, návratnost dotazníků byla přibližně 90%. Ze vzorku ústavů sociální péče bylo osloveno dotazníkem celkem 59 zařízení z celé České republiky. Návratnost dotazníků byla 47 to je přibližně 76%. O vyplnění dotazníků byli požádáni vedoucí pracovníci těchto zařízení.

Tabulka č.1 : Přehled výběrového vzorku oslovených zařízení

Zařízení	Odesláno	Vráceno
ÚSP	59	47
ZŠS	106	95

Graf č. 1 Přehled výběrového vzorku



Zkratky používané v tabulkách a grafech:

ÚSP – ústavy sociální péče

ZŠS – základní školy speciální

3.3 Použité metody

V průzkumu byla využita metoda nestandardizovaného dotazníku, pomocí kterého bylo možné získat větší množství informací od velkého počtu respondentů a to v krátkém časovém úseku.

Průzkum byl prováděn pomocí dvou nestandardních dotazníků, jeden typ dotazníku (viz příloha č.2) byl určen pro vedoucí pracovníky ústavu sociální péče a druhý byl určen pro vyplňování ředitelům základních škol speciálních (viz příloha č. 1). Forma otázek byla velmi podobná, abychom mohli porovnat zjištěná data.

Cílem dotazníků bylo získat informace pro ověření stanovených předpokladů. Respondenti odpovídali na 5 otázek, které byly uzavřené, u některých z nich s možností doplnění. Mezi respondenty bylo pomocí elektronické pošty rozesláno celkem 165 dotazníků, z toho 59 do ústavů sociální péče a 106 do základních škol speciálních. Vráceno bylo 142 dotazníků z toho 47 z ústavů sociální péče a 95 ze základních škol speciálních. Návratnost dotazníků z oslovených institucí byla 86%, a tato data byla použita k vypracování bakalářské práce. Počet zařízení byl zvolen podle dostupných internetových stránek těchto zařízení.

Získaná data byla zpracována ve formě tabulek a grafů. K vyhodnocení průzkumu byl použit sloupcový graf. Veškerá data jsou zpracována také v procentuálním vyjádření, protože velikost vzorků není stejná.

3.4 Stanovené předpoklady

Předpoklady byly stanoveny na základě studia odborné literatury a zpracování teoretické části bakalářské práce.

1. Lze předpokládat, že nejméně 50% ústavů sociální péče a nejméně 50% základních škol speciálních bude mít vlastní sportovní klub (oddíl, kroužek)

- ověřováno dotazníkem č.1 a 2 (viz příloha č.1 a 2) otázkou číslo 1

2. Lze předpokládat, že více než 50% ústavů sociální péče a základních škol speciálních se věnuje sportovním aktivitám pravidelně 1 x až 2 x týdně

- ověřováno dotazníkem č.1 a 2 (viz příloha č.1 a 2) otázkou číslo 2

3. Lze předpokládat, že ústavy sociální péče se budou více zúčastňovat závodů, sportovních utkání, sportovních soutěží, než základní školy speciální

- ověřováno dotazníkem č. 1 a 2 (viz příloha č. 1 a 2) otázkou číslo 3

4. Lze předpokládat, že ústavy sociální péče se budou častěji zúčastňovat i mezinárodních závodů než základní školy speciální

- ověřeno dotazníkem č.1 a 2 (viz příloha č.1 a 2) otázkou č. 4

5. Lze předpokládat, že žáci základních škol speciálních budou preferovat plavání

- ověřováno dotazníkem č. 1 (viz příloha č.1) otázkou číslo 5

6. Lze předpokládat, že klienti ústavů sociální péče budou preferovat lehkou atletiku

- ověřováno dotazníkem č. 2 (viz příloha č. 2) otázkou číslo 5

3.5 Interpretace získaných dat

3.5.1 Existence vlastního sportovního klubu

Nejprve bylo zjišťováno, kolik sportovních klubů se vyskytuje v oslovených zařízeních ústavní péče a základních školách speciálních. (viz tabulka č.2)

Tabulka č.2 Počet sportovních klubů v zařízeních

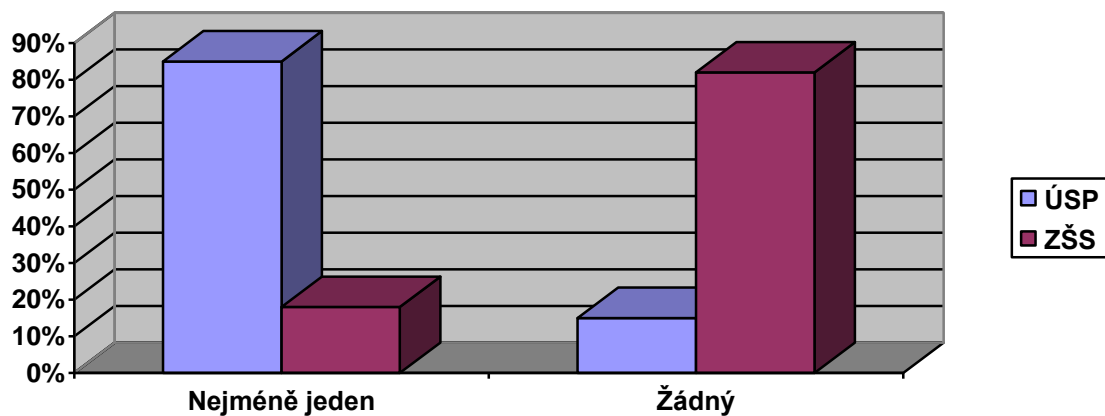
	Několik	Jeden	Žádný
ÚSP	2	38	7
ZŠS	1	16	78

Zjištěný počet sportovních klubů v oslovených zařízeních ústavní péče a základních školách speciálních byl vyjádřen v procentech. (viz tabulka č.3 a graf. 2.)

Tabulka č.3: Počet sportovních klubů v zařízeních

Zařízení	Nejméně jeden	Žádný
ÚSP	85%	15%
ZŠS	18%	82%

Graf č.2: Počet sportovních klubů v zařízeních



Z dat vyplývá, že vlastní sportovní klub má 85 % ústavů sociální péče a 18 % základních škol speciálních. Vlastní sportovní klub nemá 15% ústavů sociální péče a 82 % základních škol speciálních.

3.5.2 Pravidelnost výkonu sportovních aktivit

U oslovených zařízení ústavní péče a základních škol speciálních bylo zjištěno, jak často jsou sportovní aktivity vykonávány. (viz tabulka č.4

Tabulka č.4: Vykonávání sportovních aktivit

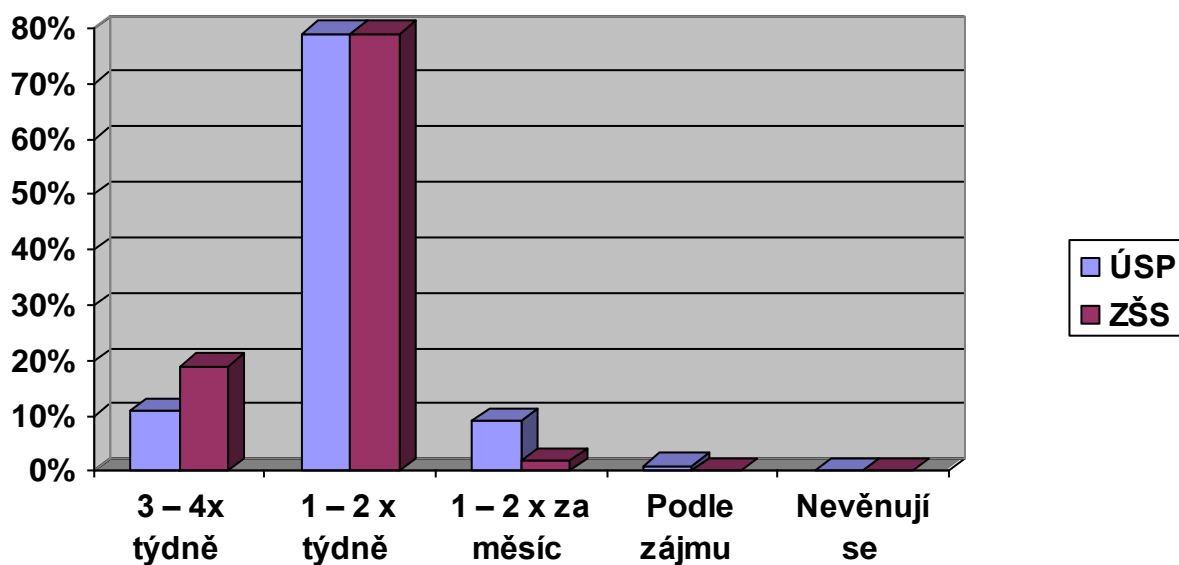
Zařízení	3x – 4x týdně	1x – 2x týdně	1 – 2x za měsíc	Náhodně podle zájmu	Nevěnují se vůbec
ÚSP	5	37	4	1	0
ZŠS	18	75	2	0	0

Četnost vykonávání sportovních aktivit v oslovených zařízeních ústavní péče a základních škol speciálních vyjádřená v procentech. (viz tabulka č.5 a graf č.3)

Tabulka č. 5: Procentuální vyjádření vykonávání sportovních aktivit v zařízeních

Zařízení	3 – 4x týdně	1 – 2 x týdně	1 – 2 x za měsíc	Podle zájmu	Nevěnují se
ÚSP	11%	79%	9%	1%	0%
ZŠS	19%	79%	2%	0%	0%

Graf č.3: Vykonávání sportovních aktivit v zařízeních



Z dat vyplývá, že 79 % ústavů sociální péče a základních škol speciálních se věnuje sportovním aktivitám pravidelně 1x až 2x týdně. 3x až 4x týdně se věnují sportovním aktivitám základní školy speciální v 19% a ústavy sociální péče v 11%. 1 – 2x za měsíc se věnují ústavy sociální péče sportovním aktivitám z 9% a základní školy speciální ze 2%.

3.5.3 Účast na sportovních akcích

Porovnání účasti na sportovních soutěžích a závodech v oslovených zařízeních ústavní péče a základních školách speciálních. (viz tabulka č.6)

Tabulka č.6: Sportovní akce

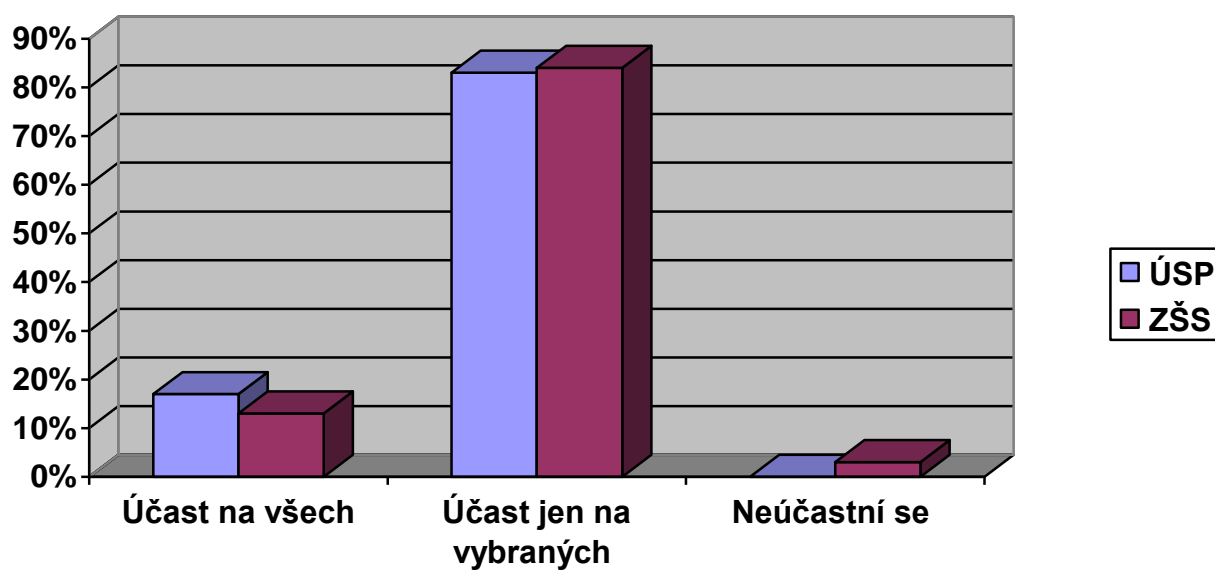
Zařízení	Účast na všech	Účast na 1 -10	Neúčastní se
ÚSP	8	39	0
ZŠS	12	80	3

Porovnání účasti na sportovních soutěžích a závodech mezi oslovenými zařízeními ústavní péče a základními školami speciálními vyjádřené v procentech. (viz tabulka č.7 a graf.4)

Tabulka č.7: Sportovní akce

Zřízení	Účast na všech	Účast jen na vybraných	Neúčastní se
ÚSP	17%	83%	0%
ZŠS	13%	84%	3%

Graf č. 4: Účast na sportovních akcích



Výsledky nám ukazují, že všech sportovních akcí se zúčastňuje 17% ústavů sociální péče a 13 % základních škol speciálních, vybraných sportovních akcí 83 % ústavů sociální péče a 84 % základních škol speciálních.

3.5.4 Účast na sportovních akcích v zahraničí

Bylo provedeno porovnání účasti na sportovních soutěžích a závodech v zahraničí oslovených zařízení ústavní péče a základních školách speciálních. (viz tabulka č.8)

Tabulka č.8: Sportovní akce v zahraničí

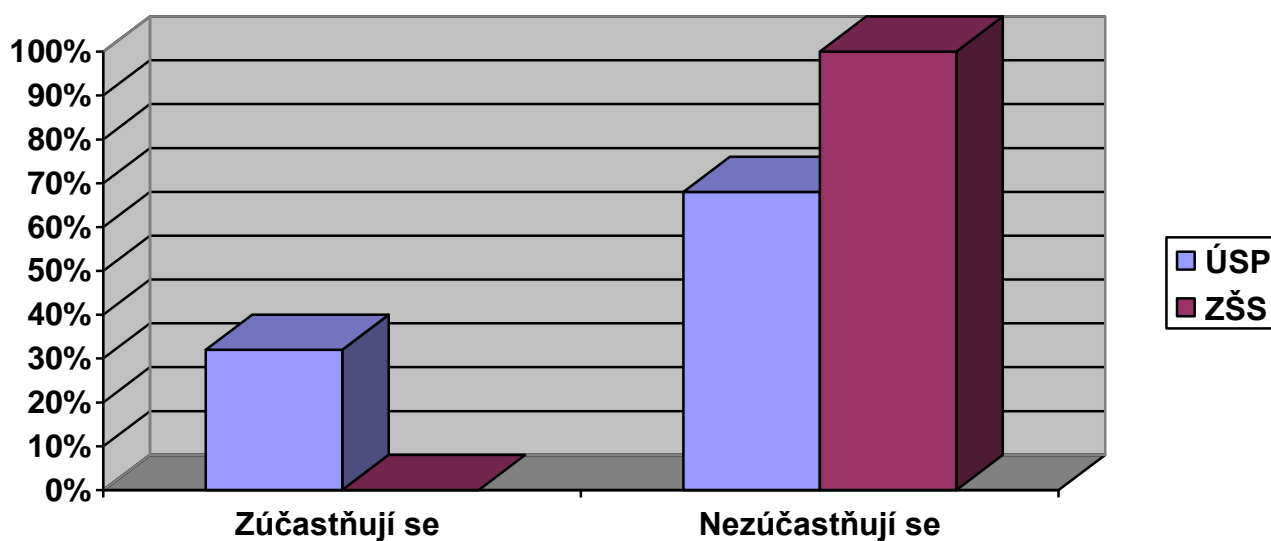
Zařízení	Účast 1 – 5 x ročně	Účast 6 – 10 x ročně	Nezúčastňují
ÚSP	8	7	32
ZŠS	0	0	95

Porovnání účasti na sportovních soutěžích a závodech v zahraničí mezi oslovenými zařízeními ústavní péče a základními školami speciálními vyjádřené v procentech. (viz tabulka č.9 a graf.5)

Tabulka č. 9: Účast na zahraničních sportovních akcích

Zařízení	Zúčastňují se	Nezúčastňují se
ÚSP	32%	68%
ZŠS	0%	100%

Graf č. 5: Účast na sportovních akcích v zahraničí



Účast na zahraničních sportovních akcích je u ústavů sociální péče jen 32 %. Základní školy speciální se těchto akcí nezúčastňují vůbec.

3.5.5 Struktura sportovních aktivit

Bylo zjištěno, který druh sportu oslovená ústavní zařízení a základní školy speciální preferují. (viz tabulka č.10)

Tabulka č.10: Druhy sportů

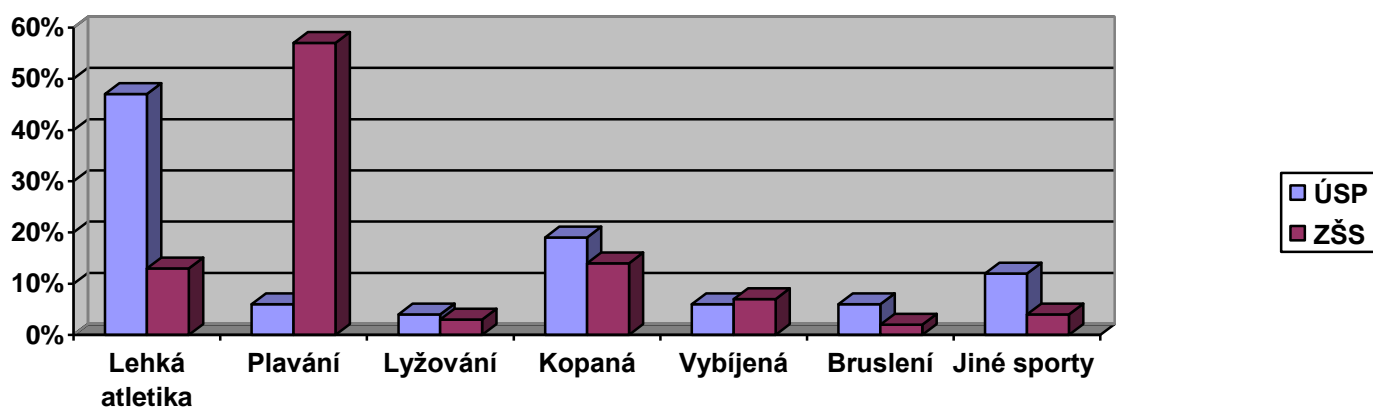
Zařízení	Lehká atletika	Plavání	Lyžování	Kopaná	Vybíjená	Bruslení	Jiné sporty
ÚSP	22	3	2	9	3	3	5
ZŠS	12	54	3	13	7	2	4

Bylo zjištěno a vyjádřeno v procentech, který druh sportu oslovená ústavní zařízení a základní školy preferují. (viz tabulka č.11 a graf č.6)

Tabulka č.11: Druhy sportů

Zařízení	Lehká atletika	Plavání	Lyžování	Kopaná	Vybíjená	Bruslení	Jiné sporty
ÚSP	47%	6%	4%	19%	6%	6%	12%
ZŠS	13%	57%	3%	14%	7%	2%	4%

Graf.č.6: Preferované druhy sportu žáky



Pořadí preferovanosti jednotlivých druhů sportů podle zájmu žáků a klientů v jednotlivých zařízeních a školách.

ÚSP: lehká atletika

kopaná

stolní tenis

plavání, vybíjená, bruslení

lyžování

ZŠS: plavání

kopaná

lehká atletika

vybíjená

lyžování

stolní tenis

bruslení

3.6 Shrnutí výsledků praktické části a diskuse

Předpoklad číslo 1: *Lze předpokládat, že nejméně 50% ústavů sociální péče a nejméně 50% základních škol speciálních bude mít vlastní sportovní klub (oddíl, kroužek).*

Předpoklad byl ověřován dotazníkem č. 1 a 2 pomocí otázky číslo 1 (viz příloha č. 1 a 2). Bylo zjištěno, že 85 % ústavů má alespoň 1 sportovní klub a 12 % základních škol speciálních má také alespoň 1 sportovní klub.

Lze konstatovat, že ačkoliv sportovní aktivity napomáhají v rozvoji hrubé motoriky a koordinace u mentálně postižených jedinců nabídka sportovních zájmových oddílů či klubů je malá (nízká) u základních škol speciálních. Ústavy sociální péče mají dobře zajištěny volnočasové aktivity formou sportovních klubů, oddílů, kroužků.

Na základě vyhodnocení se **nepotvrdil předpoklad číslo 1**, jelikož základní školy speciální měli vlastní sportovní klub nebo oddíl.

Předpoklad číslo 2: *Lze předpokládat, že více než 50% ústavů sociální péče a nejméně 50% základních škol speciálních se věnuje sportovním aktivitám pravidelně 1 x až 2 x týdně.*

Tento předpoklad byl ověřován dotazníkem č. 1 a 2 prostřednictvím otázky č. 2) viz příloha č. 1 a 2).

Předpoklad byl zaměřen na četnost a pravidelnost vykonávání sportovních aktivit. Na základě získaných dat bylo zjištěno, že 79% ústavů sociální péče a 79 % základních škol speciálních se věnuje sportovním aktivitám pravidelně 1 – 2 x týdně. Z výše uvedených dat vyplývá, že základní školy speciální zabezpečují sportovní aktivity 1x až 2x týdně bez ohledu na to, zda mají, či nemají sportovní klub (viz příloha č.1).

Mnoho odborné literatury poukazuje na to, že sport napomáhá tlumit sociálně-patologické jevy, napomáhá k vyplnění vhodného volného času, vybití energie, slouží k pozitivnímu nasměrování klientů, odstranění bariér (např. podpora sebevědomí), načerpání společných zážitků, poznání členů skupiny, společenské návyky nenásilnou, zábavnou, soustavnou činností formou skutečných prožitků. Význam sportovních aktivit tedy nelze opomíjet.

Ze zjištěných dat (viz tabulka číslo 5) vyplývá, že **předpoklad č. 2 se potvrdil**.

Z výsledků je zřejmé, že děti v základních školách speciálních sportují častěji než klienti v ústavu sociální péče přestože počet sportovních klubů je v základních školách speciálních nižší.

Předpoklad číslo 3: *Lze předpokládat, že ústavy sociální péče se budou více zúčastňovat závodů, sportovních utkání, sportovních soutěží než základní školy speciální*

Předpoklad byl ověřováno dotazníkem č. 1 a 2 (viz příloha č. 1a 2), otázkou číslo 3. Na základě výsledků, bylo zjištěno, že ústavy sociální péče se opravdu více zúčastňují závodů, sportovních utkání, sportovních soutěží než základní školy speciální. Základní školy se zúčastňují podle procentuálního vyjádření jen z 97 % a ústavy ze 100%. Tento **předpoklad se naplnil**, i když rozdíl je velmi malý. Základní školy speciální mají hlavně vzdělávací povinnost. Nemají tedy takové možnosti věnovat se sportovním aktivitám jako ústavy sociální péče. Omezení zejména spočívá v době konání vyučování a v závislosti na finančním zabezpečení. Vyučování probíhá převážně v dopoledních hodinách, v pracovních dnech, proto je velmi těžké účastnit se sportovních aktivit konaných po celé České republice. Ústavy sociální péče využívají více možnosti využití sponzorských darů. Základní školy speciální zatím této možnosti neumí v dostatečné míře využít. Ale i přesto je rozdíl minimální 97 : 100 .

Tento **předpoklad se naplnil**.

Předpoklad číslo 4: *Lze předpokládat, že ústavy sociální péče se budou častěji zúčastňovat i mezinárodních závodů, než základní školy speciální*

Získaná data byla ověřena dotazníkem č.2 (viz příloha č. 2) otázkou č. 4. Procentuální vyjádření ukazuje, že 32% ústavů sociální péče se zúčastňuje mezinárodních sportovních závodů, zatímco základní školy speciální se nezúčastňují vůbec. Účast na mezinárodních závodech je dosti závislá na finančních možnostech. Pokud je zařízení odkázáno jen na vlastní prostředky, není v jejich silách tento předpoklad naplnit. Většinou svou neúčast potvrzovala právě zařízení rodinného typu o kapacitě 26 – 50 klientů. Další předpoklad k neúčasti je zdravotní stav klientů a jejich fyzické a psychické schopnosti a v neposlední řadě i věková hranice.

Z uvedených dat tedy vyplývá, že **předpoklad č. 4 se naplnil**.

Předpoklad číslo 5: *Lze předpokládat, že žáci základních škol speciálních budou preferovat plavání*

Tento předpoklad byl ověřován dotazníkem č. 1 (viz příloha č.1) otázkou číslo 5.

Na základě získaných výsledků bylo zjištěno, že 57 % žáků základních škol speciálních a 6 % klientů ústavů sociální péče preferují plavání více než jiné sporty. Nelze tedy jednoznačně stanovit, že základní školy speciální se věnují jen plavání, ale lze stanovit, že tento druh sportu jejich žáci upřednostňují a z větší části tomuto sportu věnují více času. Je to ovlivněno lepšími možnostmi navštěvovat plavecká zařízení v místě působení školy a možnostmi zařadit do výuky (v rámci hodin tělesné výchovy) plavecké výcviky, které je možné hradit z prostředků škol. Tyto možnosti jsou u ústavů sociální péče omezeny. Výsledky **předpoklad č. 5 potvrdily**.

Předpoklad číslo 6: *Lze předpokládat, že klienti ústavů sociální péče budou preferovat lehkou atletiku*

Byl ověřován dotazníkem č. 2 (viz příloha č.2) otázkou číslo 5.

Průzkumem bylo zjištěno, že nejvíce preferovaným sportem u klientů ústavů je lehká atletika (47 %). Další oblíbené sportovní činnosti jsou kopaná, stolní tenis, plavání, vybíjená, bruslení a na posledním místě je lyžování. U základních škol speciálních je lehká atletika preferována 13 % žáků.

Volný čas má klientům přinášet uspokojení a příjemné pocity, které pomáhají upevňovat duševní a fyzické zdraví, pokud klienti pracují se zájmem a mají radost, kompenzuje se frustrace a stres.

Ústavy sociální péče mají oproti základním školám speciálním možnosti se více věnovat různým sportovním aktivitám, proto je na prvním místě lehká atletika, která má možnosti většího uplatnění handicapovaných jedinců. Určitý druh sportu je zde možno přizpůsobit fyzickým schopnostem jedinců (například hod na cíl). Toto sportovní odvětví má velké možnosti přizpůsobit se i věkové hranici a schopnostem jedinců. Má stále větší význam, příprava k těmto hrám je celoroční.

Pro úspěšnost lehké atletiky přispívá i to, že většina základních škol speciálních nemá své vlastní sportovní areály, kdežto ústavy sociální péče mají alespoň rozlehlé zahrady, kde klienti nejen tráví svůj volný čas, ale mohou se věnovat i sportovním aktivitám.

Předpoklad číslo 6 (že ústavy sociální péče budou preferovat lehkou atletiku) **se potvrdil.**

4 Závěr

Bakalářská práce se zabývá problematikou využívání sportovních aktivit u jedinců s mentálním postižením. Cílem bylo pomocí nestandardizovaných dotazníků ve speciálních školách a ústavech sociální péče zjistit využití sportu u jedinců s mentálním postižením a toto využití zmapovat.

Práce byla členěna na část teoretickou a praktickou. V teoretické části bylo cílem zmapování problematiky dítěte s mentálním postižením, charakteristika mentálního postižení, výchova a vzdělávání u dětí navštěvujících základní školu speciální a žijících v ústavech sociální péče. Dále se zabývala charakteristikou sportu pro handicapované jedince a možnostmi využití určitých sportovních odvětví pro tyto jedince.

V praktické části byly pomocí dotazníku ověřovány předpoklady z oblasti využití těchto sportovních aktivit nejen ve volném čase, ale i v době vyučování, tj. v hodinách tělesné výchovy. Průzkum probíhal na základních školách speciálních a v ústavech sociální péče a účastnilo se ho 106 základních škol speciálních a 59 ústavů sociální péče. Oslovovány byly elektronickou poštou, kdy dotazníky byly zasílány vedoucím pracovníkům, kteří je zasílali po vyplnění zpět na emailovou adresu, která byla pro tyto účely zřízena. Návratnost nebyla 100%, odpovědělo 95 vedoucích pracovníků základních škol speciálních a 47 ředitelů ústavů sociální péče. Otázky v dotaznících se týkaly sportovních činností, byl uváděn počet sportovních klubů, pravidelnost ve využívání sportovních aktivit, účast na sportovních soutěžích u nás i v zahraničí a nejoblíbenější druh sportu preferovaný žáky základních škol speciálních a klienty ústavů sociální péče, který v těchto zařízeních provozují.

Stanoveno bylo 6 předpokladů, které pak byly ověřeny vyhodnocením odpovědí v dotazníku a zaznamenáním do tabulek a grafů. Vzhledem ke zjištěným skutečnostem lze konstatovat, že stanovené předpoklady byly z větší části naplněny. Pouze předpoklad číslo 1 se nenaplnil, základní školy speciální nemají své vlastní sportovní kluby. Průzkum byl proveden na malém vzorku, proto nelze výsledky generalizovat.

Vyplývá z toho, že možnosti věnovat se sportovním aktivitám i mimo zařízení, jsou závislé na fyzických a psychických schopnostech jedinců a nemalou roli hrají i ekonomické možnosti. Právě sportovní uplatnění napomáhá k rozvoji psychických schopností těchto jedinců a napomáhá jim i po zdravotní stránce.

Průzkum byl proveden na malém vzorku, proto nelze výsledky generalizovat.

Bakalářská práce svůj cíl a účel splnila, jejím přínosem je potvrzení, že ačkoliv se dnešní společnost ubírá jiným směrem a tím je zapojení handicapovaných jedinců do pracovního procesu, i přesto se v těchto zařízeních najde možnost zapojit jedince do sportovních aktivit a věnovat se sportu. Naopak právě sportovní aktivity, které zábavnou formou rozvíjejí motoriku, koordinaci a napomáhají ke zlepšení duševní rovnováhy jedinců, mohou velmi pozitivně ovlivnit možnost zapojení do pracovního procesu. Proto by se tyto dvě součásti života handicapovaných jedinců neměly oddělovat, ale měly by působit v souladu.

Přínos této bakalářské práce je ve zjištění přístupu a kvantity nabízených sportovních činností a rezidenční péče. Přínosem je i praktické ověření a srovnání s kvalitou života klientů a žáků v rámci humanizačních trendů v přístupu k lidem s handicapem.

5 Navrhovaná opatření

Vzhledem k důležitosti využívání sportu po zdravotní stránce je důležité se i nadále věnovat těmto aktivitám. Snažit se rozvíjet možnosti a schopnosti jedinců, podporovat jejich psychiku a vyzdvihoval jejich úspěchy. Rozvíjet koordinaci těla, motoriku a duševní rovnováhu jedinců. Důležitá je pozitivní motivace a postup po menších krocích tak, aby dílčí neúspěchy klienty ani žáky neodradily.

Ústavy sociální péče by i přesto, že v dnešní době je trendem pracovní terapie, neměly zapomínat na sportovní aktivity klientů. Pro harmonický rozvoj osobnosti je důležité neomezovat se pouze na jednu oblast terapie. Výsledky pracovní terapie určitě působí velice příznivě na rozvoj osobnosti klientů. Stejně kladně motivující však budou i dosažené výsledky jejich sportovních aktivit. Na rozdíl od pracovní terapie zde mnohdy postačí aktivita sama, radost z pohybu, soutěživost.

Povzbuzovat zájem i ostatních jedinců, ne jenom těch, kteří reprezentují. Snažit se pořádat více akcí, třeba jen v rámci zařízení. Někteří klienti mají menší potřebu tělesného pohybu, pro jiné soutěživost není právě motivující. Větší uspokojení jim přináší sledování činností ostatních, povzbuzování „svých“ družstev či sportovců. Je vhodné v tomto případě klienty motivovat např. použitím různých pomůcek (mávátek, klapáčky, šály či čepice v různých barvách). Pomůcky lze vyrábět při pracovní terapii.

Rozšířit sportovní aktivity na provozování více druhů sportů u 1 jedince (nikoli jen na 1 vybraný typ) = všestranný rozvoj jedince.

Nabídka atraktivních sportů nebo klasických sportů novým „atraktivním“ způsobem.

Základní školy speciální by se měly více snažit získávat finanční prostředky i mimo přidělené dotace (využívat sponzorské dary). Právě zde lze využít sportovních, ale i jiných akcí, na které se pozvou zástupci firem, místní podnikatelé, zastupitelé obce, v níž základní školy a ústavy sídlí apod. Další možností, jak získat sponzory, může být uspořádání „Dne otevřených dveří“, na kterém by měla veřejnost možnost seznámit se s činností klientů a přispívat pak přímo na konkrétní potřeby a akce.

Základní školy speciální by se mohly věnovat sportovním aktivitám i v době mimo vyučování (kroužky, oddíly...). Jak bývá zvykem na základních školách, učitelé se věnují žákům nejen, při vyučování, ale i v řadě zájmových kroužků. Tato tradice by se měla rozvíjet i na základních školách speciálních s důrazem právě na aktivity sportovní. Jednotlivé druhy sportu pak lze volit podle schopností a potřeb klientů i podle možností školy.

6 Seznam použitých zdrojů

BLAŽEK, B., OLMEROVÁ, J. *Světy postižených*. 1.vyd. Avicem: Praha, 1988. ISBN 08-083-88.

ČÁP, J. *Psychologie výchovy a vyučování*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-534-3.

DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 2. upravené a doplněné vydání, Praha: AVICENUM, 1978. ISBN 08-065-78.

HOŠKOVÁ, B. a MATOUŠOVÁ, M. *Kapitoly z didaktiky zdravotní tělesné výchovy*. Praha: Karolinum UK Praha, 1998. ISBN 80-7184-621-X

KARÁSKOVÁ, V. *Zábavná cvičení s mentálně postiženými dětmi*. 1. vyd. Univerzita Palackého: Olomouc, 1998. ISBN 80-7067-938-7.

KÁBELE, F. *Tělesná výchova mládeže vyžadující zvláštní péči*. 2. upravené vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1976. ISBN neuvedeno.

KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8.

LANGER, S. *Mentální regrace*. 3. vyd. KOTVA: Hradec Králové, 1996. ISBN 80-9000254-8-X.

MATĚJČEK, Z. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. 1.vyd. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-870-1.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0

METODICKÁ KNIHOVNIČKA *Aktivity volného času pro osoby s těžkým a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Praha: Modrý klíč, 1997. ISBN 80-902494-0-X.

JOHNOVÁ, M. *Standardy kvality sociálních služeb*. 2. vyd. Praha: MPSV 2003. ISBN 80-86552-67-5

NEWMAN, S. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením*. 1. vyd. Portál: Praha, 2004. ISBN 80-7178-872-4.

PERNICOVÁ, H. aj. *Zdravotní tělesná výchova*. Praha : Fortuna, 1993. ISBN 80 -7168-086-9.

PEŠATOVÁ, I., ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do speciálně pedagogické a sociální problematiky*. 1. vyd. Liberec. TU, 2005. ISBN 80-7083-985-6.

- STRNAD, P. *Vybrané kapitoly z TV zdravotně oslabených*. Praha : SNP, 1989. ISBN neuvedeno.
- SVOBODOVÁ, H. *Stolní tenis*. 1. vyd. Praha: Septima, 1995. ISBN 80-85801-40-X.
- SVOBODA, P., SVOBODOVÁ, H. *Lyžování a jiné aktivity na sněhu*. 1. vyd. Praha: Septima, 1995, ISBN 80-85801-39-6.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1. vyd. Portál: Praha, 2001. ISBN 80-7178-506-7.
- ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie*. 1. vyd. Liberec : 2003. ISBN 80-7083-696-2.
- ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do teorie a praxe psychopedie 1. díl*. 1. vyd. Liberec: TU, 2006. ISBN 80-7372-042-6.
- ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z psychologie III. Díl: vývojová psychologie*. 1. vyd. Liberec: TU, 2002. ISBN 80-7083-1.
- ŠVINGALOVÁ, D., PEŠATOVÁ, I. *Uvedení do výzkumu a metodika tvorby bakalářské práce*. 1. vyd. Liberec: TU, 2006. ISBN 80-7372-046-9.
- TOMICKÁ, V., ŠVINGALOVÁ, D., *Vybrané kapitoly k integraci ve školství*. 2. opravené vyd. Liberec: TU , 2002. ISBN 80-7083-657-1.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 2. vyd. Praha: Parta, 2004. .ISBN 80-7320-063-5.
- VANĚK, M., HOŠEK, V., RYCHECKÝ, A., SLEPIČKA, P. *Psychologie sportu*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1980. ISBN neuvedeno.
- VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do vývojové psychopatologie III. Vzdělávací handicap – postižení schopností nezbytných k učení*. 1. vyd. Liberec : TUL, 2005. ISBN 80-7083-669-5.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Portál: Praha, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do vývojové psychopatologie III*. 1. vyd. Liberec: TU, 2005. ISBN 80- 7083-669-5.
- VÍTKOVÁ, M. *Kapitoly z úvodu do speciální pedagogiky*. Brno: Masarykova univerzita, 1992. ISBN 80-210-0475-4.
- VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. . ISBN 80-7315-071-9.
- ZÍTKO, M. *Kompenzační cvičení*. Praha: NS SVOBODA, 1998. ISBN 80-205-0529-6.

7 Seznam příloh

Příloha č.1 – Dotazník pro základní školy speciální

Příloha č. 2 – Dotazník pro ústavy sociální péče

Dotazník pro základní školy speciální

1. Máte vlastní sportovní klub (oddíl)?

- a) ano – několik
- b) ano – jeden
- c) ne

2. Jak často se věnujete sportovním aktivitám?

- a) pravidelně 3x – 4x týdně
- b) pravidelně 1x – 2x za týden
- c) přibližně 1x – 2x za měsíc
- d) náhodně podle zájmu dětí
- e) nevěnujeme se vůbec

3. Zúčastňujete se sportovních závodů, utkání, sportovních soutěží pořádaných v regionu?

- a) ano, všech
- b) zúčastňujeme se jen vybraných (uved'te počet za rok)
- c) nezúčastňujeme se

4. Zúčastňujete se i mezinárodních závodů?

- a) ano (uved'te počet za rok)
- b) nezúčastňujeme se

5. Jakému druhu sportu se žáci vaší základní škola speciální nejraději věnují? (zvolte jen jeden)

- a) lehké atletice
- b) plavání
- c) lyžování
- d) kopané
- e) vybíjené
- f) bruslení
- g) jiný

Příloha č. 2

Dotazník pro ústavy:

6. Máte vlastní sportovní klub (oddíl)?

- d) ano – několik
- e) ano – jeden
- f) ne

7. Jak často se věnujete sportovním aktivitám?

- f) pravidelně 3x – 4x týdně
- g) pravidelně 1x – 2x za týden
- h) přibližně 1x – 2x za měsíc
- i) náhodně podle zájmu dětí
- j) nevěnujeme se vůbec

8. Zúčastňujete se sportovních závodů, utkání, sportovních soutěží pořádaných v regionu?

- d) ano, všech
- e) zúčastňujeme se jen vybraných (uved'te počet za rok)
- f) nezúčastňujeme se

9. Zúčastňujete se i mezinárodních závodů?

- c) ano (uved'te počet za rok)
- d) nezúčastňujeme se

10. Jakému druhu sportu se žáci vaší základní škola speciální nejraději věnují? (zvolte jen jeden)

- h) lehké atletice
- i) plavání
- j) lyžování
- k) kopané
- l) vybíjené
- m) bruslení
- n) jiný